الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمة

الكلية: الحقوق والعلوم السياسية

القسم: العلوم السياسية

مخبر التوطين: الدراسات القانونية البيئية

أطروحة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطور الثالث

الشعبة: العلوم السياسية. التخّصص: سياسة عامة. الميدان: الحقوق والعلوم السياسية.

إعداد: يوسف بيزيد.

بعنوان:

السّياسات الاجتماعية الجديدة من منظار إدارة المخاطر:

(السّياسات الصّحية في الولايات المتّحدة الأمريكية: 2010-2021)

بتاريخ: 20 مارس 2023

لجنة المناقشة المكونة من:

الإسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
وداد غزلاني	أستاذ التعليم العالي	08 ماي 1945 -قالمة	رئيسا
آسية بلخير	أستاذ محاضر أ	08 ماي 1945 -قالمة	مشرفا ومقررا
مسعود البلي	أستاذ التعليم العالي	الحاج لخضر -باتنة 1	عضوا ممتحنا
عمراني كربوسة	أستاذ التعليم العالي	محمد خيضر -بسكرة	عضوا ممتحنا
توفيق بوستي	أستاذ محاضر أ	08 ماي 1945 -قالمة	عضوا ممتحنا

السنة الجامعية: 2022-2023

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمة

الكلية: الحقوق والعلوم السياسية

القسم: العلوم السياسية

مخبر التوطين: الدراسات القانونية البيئية

أطروحة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطور الثالث

الشعبة: العلوم السياسية. التخّصص: سياسة عامة. الميدان: الحقوق والعلوم السياسية.

إعداد: يوسف بيزيد.

بعنوان:

السّياسات الاجتماعية الجديدة من منظار إدارة المخاطر:

(السّياسات الصّحية في الولايات المتّحدة الأمريكية: 2010-2021)

بتاريخ: **20** مارس **2023**

لجنة المناقشة المكونة من:

الإسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
وداد غزلاني	أستاذ التعليم العالي	08 ماي 1945 -قالمة	رئيسا
آسية بلخير	أستاذ محاضر أ	08 ماي 1945 -قالمة	مشرفا ومقررا
مسعود البلي	أستاذ التعليم العالي	الحاج لخضر -باتنة 1	عضوا ممتحنا
عمراني كربوسة	أستاذ التعليم العالي	محمد خيضر -بسكرة	عضوا ممتحنا
توفيق بوستي	أستاذ محاضر أ	08 ماي 1945 -قالمة	عضوا ممتحنا

السنة الجامعية: **2022-2023**

بسم الله الرحمن الرحيم

بسم الله الرحمن الرحيم

وَعَلَّمَكَ مَا لَمْ تَكُنْ تَعْلَمُ

وَكَانَ فَضْلُ اللَّهِ عَلَيْكَ عَظِيمًا

شكر وعرفان..

﴿قُلْ إِنَّ الْهُدَى هُدَى اللَّهِ أَنْ يُؤْتَى أَحَدٌ مِثْلَ مَا أُوتِيتُمْ أَوْ يُحَاجُّوكُمْ عِنْدَ رَبِّكُمْ قُلْ إِنَّ الْفَضْلَ بِيَدِ اللَّهِ يُؤْتِيهِ مَنْ يَشَاءُ وَاللَّهُ وَاسِعٌ عَلِيمٌ﴾.

السورة: آل عمران، الآية: **73.**

-أحمد الله تعالى الذي بفضله تتمّ النّعم، وأشكره أن وفقني لإتمام هذا البحث على ما هو عليه، ويسّر لي كلّ السبل لإخراجه على هذا الشكل، رغم عناء البحث والنّصب والمشقّة التي دامت سنوات.

-أتقدم بأسمى آيات التقدير والثناء للدكتورة آسية بلخير المشرفة على هذه الأطروحة، التي تابعت البحث من بدايته إلى نهايته، ولم تدّخر جهدا في الإرشاد والتوجيه والنصح، مع الاقتدار الذي تميزت به، ما دفعني للبحث والتنقيب لسبر أغوار البحث محلّ الدراسة والتشجيع على المواصلة.

-أشكر في الوقت ذاته كلّ الأساتذة الذين تتلمذت على أيديهم، بجامعة الجزائر بكلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الشهيد حمة لخضر بكلية الحقوق والعلوم السياسية وجامعة الثامن ماي 1945 بكلية الحقوق والعلوم السياسية، وأخصّ بالذكر الأستاذ الدكتور جمال منصر.

وأشكر زملائي بقسم العلوم السياسية وخاصة أصدقائي الذين رافقوني في رحلة البحث والعناء، ووعثاء السّفر والغربة على الدعم والتشجيع.

أشكر كلّ من علمني حرفا وأثّر في مسيرتي وحياتي وساهم في صقل شخصيتي العلمية المحبّة للعلم والعلماء، جعله الله ثوابا لكل من ذكرت ولم أذكر في ميزان حسانتهم.

ملخّص الدّراسة

ملخّص الدّراسة Abstract

تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة على مدى نجاعة منظار إدارة المخاطر الاجتماعية في تحسين فاعلية السياسات الاجتماعية والصحية، من خلال إسقاط منهجي وعلمي عبر دراسة حالة: (السياسات الصحية الأمريكية من 2010 إلى2021)، واستكشاف الأطر المرجعية والنظرية للسياسات الصحية الأمريكية صنعا وتحليلا، مع تتبع دورة حياتها ومخرجاتها التي تجسدت واقعا وممارسةً.

تناولت عديد الأدبيات من قبل دراسة السياسة الاجتماعية من زوايا واقترابات متعددة، بيد أنّ الجديد في هذه الدراسة هو الإسقاط النظري لنهج إدارة المخاطر الاجتماعية في ظل السياسات الاجتماعية الجديدة.

من ثمّة، توصّلت الدّراسة إلى نتائج تؤكّد فاعلية هذا المنظار في تحسين جدوى السياسة الاجتماعية والصحية ضمن الأيديولوجية الليبرالية الأمريكية القائمة على اقتصد السوق والتوجه البراغماتي؛ رغم تعاظم الفجوات المتأتية عن ارتفاع تكاليف الرعاية وضعف التغطية الصحية، مع تراكم المشاكل الصحية والاجتماعية المتزايدة، ما استلزم وضع خطط وبرامج مستقبلية علاجية تم التطرق لها تحليلا ونقدا.

الكلمات المفتاحية:

السياسة الاجتماعية؛ السياسات الاجتماعية الجديدة؛ السياسات الصحية الأمريكية؛ منظار إدارة المخاطر الاجتماعية؛ صنع السياسات الصحية الأمريكية.

Abstract:

Through a systematic and scientific methodology, the purpose of this study is to determine the efficacy of the social risk management perspective in improving the effectiveness of social and health policies in the case study: (US health policies 2010 to 2021). This is done by exploring the references and theoretical frameworks of US health policies and analyzing them while tracking their life cycle and outputs that are embodied in reality and practice.

Many literary studies have previously examined social policy from a variety of perspectives and methodologies; however, what is novel in this study is the theoretical projection of the social risk management strategy under the new social policies.

The study found that this perspective was effective in improving the feasibility of social and health policy within the liberal ideology of the United States based on the market economy and pragmatic orientation, despite growing gaps caused by high health-care costs and inadequate healthcare coverage, as well as the accumulation of increasing health and social problems necessitating the development of future treatment plans and programs.

Keywords:

Social policy; New social policies; U.S. health policies; Social risk management perspective; U.S. health policy-making.

.

تشكّل السّياسات الصحية أحد أهم مجالات السياسة الاجتماعية التي تكتسي أهمية بالغة في حقل السياسة العامة، حيث تتقاطع مشاكل السياسات الصحية في مناحي كثيرة ضمن علاقة طردية مع بقية المشاكل الاجتماعية من حيث الأسباب والنتائج والتداعيات، بحيث يمكن أن تعالج السياسة الاجتماعية ما ينتج عن السياسات العامة من سوء توزيع، كما أثبتت المشاكل التي تعترض الأنظمة الصحية والصحة العامة مدى أهمية قطاع الصحة وأولوية السياسات الصحية في الأجندات الحكومية.

في هذا السياق تعتبر الولايات المتحدة الأمريكية من الدول التي قطعت أشواطا كبيرة في مجال السياسة الصحية من حيث أداء النظام الصحي والبرامج الصحية التي تمّ وضعها، وحجم الانفاق على القطاع الصحي الذي بلغ آلاف تريليونات الدولارات في الّسنوات الأخيرة، إضافة إلى التطور الكبير في الجانبين التشريعي والتنظيمي. كما أنّ تدخّل القطاع الخاص وجماعات المصالح والضغط وبقية الفواعل الرسمية وغير الرسمية تشكل شبكات دعم وتفاعل للسياسات الصحية في إطار اقتصاد السوق.

ما جعل التجربة الأمريكية تعدّ فريدة من حيث جودة نوعية الرعاية الصحية من جهة، بيد أنها تعتبر من جهة أخرى الأكثر تكلفة، وبالتّالي سعت الحكومات المتعاقبة لوضع قوانين جديدة من أجل تغطية أوسع للرعاية الصحية ضمن نسق عام يتماشى مع التخفيف من المخاطر الصحية والاجتماعية.

ومنه، فإن هذا الفصل الثالث يتناول في المبحث الأول السّياق العام للسّياسة الصّحية في الولايات المتّحدة الأمريكية، وذلك بالتطرق للمرجعيات التاريخية والفلسفية للسياسة الصحية الأمريكية وتطور النظام الصحي، مع التطرق للمحددات العامة للصحة الأمريكية وآليات تأطير وتمويل النظام الصحي، وفي المبحث الثاني دور المؤسسات في صنع السياسات الصحية الأمريكية، متضمنا دور الهيئات التشريعية والهيكل التنظيمي للصحة العامة الأمريكية وأخيرا مقومات ومكونات صنع السياسة الصحية الأمريكية وتفاعلاتها.

المبحث الأول: السّياق العام للسّياسة الصّحية في الولايات المتّحدة الأمريكية

يشكل قطاع الصّحة أهمية بالغة في العديد من بلدان العالم وبصفة خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث يرى فريق من الباحثين أنّه حيوي للاقتصاد الوطني الأمريكي لما يشكله من مداخيل واستثمارات وخاصة في مجالات الصناعات الدوائية الحيوية والتكنولوجيا بفعل تزايد الطلب المحلي والعالمي، في المقابل يرى فريق آخر أنّ قطاع الصحة يستنزف نفقات كبيرة من الخزينة العامة نظرا للحاجيات المتزايدة للسكان من الرعاية والمتطلبات، ولذا يجب أن توليه الحكومات أهمية بالغة، ومردّ هذا الجدل يرجع إلى منطلقات أيديولوجية وتاريخية.

المطلب الأول: المرجعيات التّاريخية والفلسفية للسياسة الصّحية الأمريكية

توصّل "شارل لوكهارت" Charles Lockhart في دراسته حول قيم وإدراك السياسة الصحية لدى النخبة السياسية في كلّ من المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية وألمانيا الفيدرالية إلى أن الفجوة المدهشة هي تلك التي تفصل الأغلبية الأمريكية عن نظرائهم البريطانيين؛ من حيث القيم التي يرونها ضرورية للسياسة الصحية التي تتمثل في الحرية، الاعتماد على الذات، الكفاءة الاقتصادية، والاستمرارية الاجتماعية، من خلال جمعيات الحرية بالنسبة للنخبة الأمريكية[1] ، ونقطة هذا الارتكاز على هذه القيّم في الواقع يرجع إلى خلفيات تاريخية تماشيا مع تطور الرعاية الصحية وميكانيزمات السّوق.

الفرع الأول-الخلفيات الأيديولوجية للسياسة الصّحية الأمريكية

تنطلق مرجعية السياسات الاجتماعية والصحية في الولايات المتحدة الأمريكية من منظور الفلسفة الليبرالية والبراغماتية الأمريكية. جاءت كلّ من البرغماتية كفلسفة والليبرالية كإيديولوجية معبرتين عن ذلك الواقع الاجتماعي الأمريكي الذي نجح أولئك المهاجرون في إقامته، وعن حاجاته ومشاكله الجديدة الإنسانية

[1] Charles Lockhart." Values and Policy Conceptions of Health Policy Elites in the United States, the United Kingdom and the Federal Republic of Germany", Journal of Health Politics Policy and Law, Published by Duke University Press, (1981): 99. DOI: 10.1215/03616878-6-1-98

منها والاقتصادية والسياسية والاجتماعية والعقائدية والثقافية على حدّ سواء[1]. ليس هذا فحسب بل إنّ ذهنية المواطن الأمريكي ومتخذ القرار في الولايات المتحدة تتماشى مع هذه الفلسفة والإيديولوجية سياسيا واقتصاديا واجتماعيا وتُترجم إلى واقع عملي. فالأمريكي يسعى بحثا وراء النّجاح المادي، خاصة، الأمريكي المهوس بالأمن، الفردي، والمحافظ، المنعزل من جهة، والمتدخّل في شؤون غيره من الشعوب الأخرى من جهة أخرى[2] .

تعرّف الليبرالية على أنها "مذهب سياسي واقتصادي واجتماعي يرى أن المنفعة والمصلحة العامة(L'intérêt ou le bien commun)، تقتضي توسيع القانون قدر الإمكان، أمام الحريات الخاصة (Les libertés individuelles) ، وأمام ممارستها، قولا وعملا مثلما تقتضي نفس تلك المصلحة العامة التقليص قدر الإمكان من تدخل الدولة (L'intervention de l'état) وانحصار دورها في تحقيق استتباب الأمن العام الذي يشكل الشرط السياسي لممارسته تلك الحريات" [3]. الليبرالية الجديدة التي بدورها انتشرت في الولايات المتحدة والتي أعقبت الليبرالية تختلف في رؤيتها لتدخل الدولة، ففي نظرية رائدها "فريديريك هايك" Frederik Hayek 1899 –1992 تركز على اقتصار مثل ذلك التدخل للدولة على المجالات الصحية، وتنظيم العمل، خاصة بالنسبة للنساء والأطفال وأنظمة التأمينات والتعاقد[4].

عمليا هذا التّحول من الليبرالية إلى الليبرالية الجديدة لم يشكل فارقا كبيرا في سيطرة الفكر البراغماتي على السياسة الاجتماعية على الرغم من محاولات زيادة توسع تدخل الدولة. إلاّ أن تزايد نفوذ القطاع الخاص وجماعات المصلحة كان له تأثيره في عمليات رسم السياسات العامة ومنها السياسة الصحية في الولايات المتحدة.

---

[1] زكي نجيب محمود، حياة الفكر في العالم الجديد (القاهرة، دار الشروق، 1956)، 08.

[2] حيرش سمية، "الفلسفة الأمريكية بين الليبرالية والبراغماتية، شارل بيرس نموذجا"، (أطروحة دكتوراه في الفلسفة، جامعة وهران – كلية العلوم الاجتماعية – قسم الفلسفة– السنة الجامعية 2012/2011)، ب.

[3] P. Foulquié, Dictionnaire de la langue Philosophique (Paris: PUF,1978), 79.

[4] Ibid, 406.

هذه الفلسفة البراغماتية تنبع من الفلسفة الأمريكية، كما سيطرت في القرن العشرين مبادئ جدوى الأفكار والمقترحات وفائدتها وقابليتها للتطبيق العملي، وهي المعايير الحقيقية لنجاح تلك الأفكار، بمعنى أن نجاح العمل هو المعيار الوحيد للحقيقة، حيث إنّها تشدّد على المادة والعمل على قيمة المعتقدات، والخبرة على المبادئ الثابتة، وتؤكد أنّ الأفكار تأخذ معانيها وحقائقها من نتائجها والتحقق منها، كثيرا ما يتم وصف طبيعة أعمال السياسة الأمريكية بالبراغماتية لإعطائها طابع التّبرير [1] .

وبالتّالي ترتكز الفلسفة البراغماتية والمذهب الليبرالي على مجموعة من المفاهيم الأساسية، ومن أهمها[2]:

-أولا: الذاتية والفردانية التي تنبع من الأنانية وحبّ الذات والاعتماد عليها واستقلالية الفرد، وقد سادت منذ عصر النهضة إلى القرن العشرين وانتشرت لتصل الولايات المتحدة.

-ثانيا: التحرر من القيود والحرية الفردية، أي حرية الفعل الفردي واستقلاليته دون تدخل الغير أو الدولة.

-ثالثا: اعلاء منطق العقل أو العقلانية والتّحرر من السلطة الدينية والاعتماد على العقل البشري دون الحاجة إلى قوة خارجية ترشده وتدير مصالحه.

بدورها أثّرت على السياسة العامة والسياسة الاجتماعية في الولايات المتحدة خاصة، ومن ثمّة ليس من المستغرب أن ينتهج الأمريكيون هذا النّهج في رسم السّياسة الصّحية من حيث المحدّدات والأبعاد.

كما أنّ هذا التّطور التاريخي في إطار الفكر الليبرالي، إضافة إلى المرجعية الليبرالية البرغماتية كانا من أهم العوامل التي أدت إلى وضع المحدّدات السياسية والاجتماعية والاقتصادية.

---

[1] كُتّاب موقع سطور، تعريف البراجماتية، 26 ديسمبر 2019، اطلع عليه بتاريخ 26 ديسمبر 2021 من موقع: https://bit.ly/3Hp3vJ

[2] عاطف مصطفى بيربك، "دولة الرفاهية في الفكر الليبرالي المعاصر" (أطروحة دكتوراه في العلوم السياسية من جامعة بغداد، العراق، 2020)، 37.

الفرع الثاني: التّطور التّاريخي للنّظام الصّحي الأمريكي

كما أنّ التطور التاريخي للمنظومة الصّحية الأمريكية أثّر على السّياسات الصحية الأمريكية من خلال تطور الرعاية الصحية التي مرّت بمراحل، ومنها[1] :

-فترة ما قبل الصناعة (1750 - 1849)، ومن خلالها:

• تمت رعاية المرضى داخل الأُسْرَة، ومارس الأشخاص الذين يرغبون في ذلك، بمن فيهم رجال الدين الممارسة الطبية وخصّصوا لذلك لقب طبيب.

• بدأت كليات الطّب دون المستوى في الانتشار في أمريكا بعد حرب 1812، مع توفير الأطباء في وقت مبكر وكان ذلك في منتصف القرن التاسع عشر غير مقيّد.

• بين عامي 1870 و1910، انتقل عدد كبير من الأطباء من المناطق الريفية إلى المدن الكبيرة، ومع نهاية هذه الفترة أصبح الناس يعتمدون على مهنة الطب لتقديم الرعاية أكثر من أفراد أسرهم.

• بحلول أوائل القرن العشرين ذهب العديد من الأطباء للعمل في المستشفيات أو في مكاتب الأطباء الملحقة بالمستشفيات في فترة ما بعد الصناعة (1850-1969)، وهي تمثل فترة نمو قوة وسلطة الطّب المنظّم كما تمّ تسجيل انخفاض كبير في حدوث أوبئة الأمراض المعدية.

• تم تأسيس جمعية الطب الأمريكية "American Medical Association" AMA في عام 1847، وتمّ دمجها في عام 1897، حيث بدأ إضفاء الطابع المهني على التمريض حوالي عام 1873 ، و بدأ تطوير العلوم الطّبية خلال هذه الفترة[2].

---

[1] Health Markets, American Healthcare History: A Timeline on the Evolution of Coverage, Retrieved on January 23, 2022, from: https://www.healthmarkets.com/content/american-healthcare-history

[2] AMA, AMA History, Retrieved on January 23, 2022, from: https://www.ama-assn.org/about/ama-history/ama-history

• في عام 1888، حكمت المحكمة العليا لصالح الترخيص في قضية "دنت" ضد "وست فرجينيا"، وفي عام 1898 أضافت المحكمة العليا الأخلاق الحميدة كشرط آخر للتّرخيص في قضية "هوكر" ضد "نيويورك"[1] .

• بحلول عام 1901، طلبت حوالي 20 ولاية مع مقاطعة كولومبيا تقديم دبلوم مقبول واجتياز امتحان حكومي مستقل للحصول على ترخيص طبي، وأنشأت الجمعية الطبية الأمريكية AMA مجلس المندوبين في عام1901 ، مما جعل الجمعية اتحادًا كونفدراليًا للولاية والجمعيات الطبية، كما بدأ إصلاح التّعليم الطبي في هارفارد وجامعة بنسلفانيا وجونز هوبكنز في أواخر القرن التاسع عشر[2] .

• تم إنشاء مجلس الجمعية الطبية الأمريكية AMA للتعليم الطبي في عام 1904 وتمّ تكليفه بترقية التدريب الطبي وتوحيده، وتمّ تمرير قانون الغذاء والدواء في 1906، كما تمّ نشر تقرير Flexner في عام2010[3]، كما غيّر مجلس الجمعية الطبية الأمريكية AMA للتعليم الطبي اسمه إلى مجلس التعليم الطبي والمستشفيات في عام 1920.

• صدر قانون Sheppard–Towner * في عام 1921 وألغي في عام 1927 بسبب معارضة الجمعية الطبية الأمريكية حيث بدأ الكساد في أوائل الثلاثينيات. تم اعتماد خطط التأمين" Blue Cross " أي" الصليب الأزرق" وهو ناقل ربحي من قبل الجمعية الأمريكية للمستشفيات AHA في عام 1933؛ وضعت خطط" الدرع الأزرق" أي "Bleau Shield " كمنظمة غير ربحية بعد عدة عقود من ظهور خطط بلو كروس؛ وتم إقرار قانون الضمان الاجتماعي (SSA) في عام 1935، تضمّن قانون فاغنر لعام 1935

[1]United States Supreme Court, HAWKER v. PEOPLE OF STATE OF NEW YORK(1898), No. 415, Argued: Decided: April 18, 1898, Retrieved on 26th January 2022, from : https://caselaw.findlaw.com/us-supreme-court/170/189.html

[2]Company-Histories.com, AMA, Retrieved on January 26, 2022, from: https://www.company-histories.com/American-Medical-Association-Company-History.html

[3] Duffy, John. "The Evolution of American Medical Education, Institutional Histories, and the Medical College of Georgia", The Georgia Historical Quarterly- Georgia Historical Society, vol. 71, no. 4, (1987): 623–37. http://www.jstor.org/stable/40581739.

* Sheppard-Towner يعد قانون تعزيز رفاهية وصـحة الأمومة والرضـع المعروف باسـم قانون شـيبارد تاونر قانونًا في الولايات المتحدة تم سـنه من قبل الكونجرس عام 1921، والذي كان ينص على تقديم التمويل اللازم لرعاية الأمومة والطفولـة. للاطلاع عليـه على الرابط التـالي: https://history.house.gov/Historical-Highlights/1901-1950/The-Sheppard%E2%80%93Towner-Maternity-and-Infancy-Act/

الخاص الأجور وشروط العمل باعتبارها خاضعة للمفاوضة الجماعية[1]. تم الاحتفاظ بقانون "فاغنر" بموجب قانون "تافت هارتلي" [2] لعام 1947؛ أقرّت المحكمة العليا قانون "تافت هارتلي" بأنّ النقابات يمكن أن تتفاوض بشأن خطط الاستفادة.

• في أوت 1946 تمّ التوقيع على قانون مسح وبناء المستشفيات (Hill–Burton) ليصبح قانونًا[3]؛ وإنشاء المعهد الوطني للصحة (NIH) في نفس العام • كما أصبح تأمين التعويض التجاري يتمتع بتوسع كبير بعد الحرب العالمية الثانية، ثم تمّ تمرير قانون Kerr–Mills في عام1965 [4]، الذي يقر المساعدة الطبية للمسنين والذي تمخض عنه كل من Medicare و Medicaid في عام 1965، كما ارتفعت أسعار خدمات المستشفى والأطباء بشكل ملحوظ بعد مرور ميديكير.

–**فترة احتواء التّكلفة (1970 إلى الوقت الحاضر)**[5]: وهي تمثل فترة الانكماش والتنظيم الصارم لنظام الرعاية الصحية والسياسات الصحية، عندما فرضت إدارة نيكسون تجميدًا للأجور والأسعار في الاقتصاد بأكمله، بما في ذلك صناعة المستشفيات، وهو نهج يسمى برنامج الاستقرار الاقتصادي [6]، حين تمّ إنشاء منظمات مراجعة المعايير المهنية في عام 1972، ثم التوقيع على قانون منظمة الصيانة الصحية في عام 1973، لاحقا بدأت شهادات الحاجة كبرنامج تطوعي في الولايات في عام 1974، إضافة إلى برنامج الرعاية الصحية المرتقب، ليبدأ نظام الدفع المستند إلى المجموعات المتعلقة بالتشخيص في عام 1984.

[1] LAWS, Wagner Act, Published December 22, 2019. Retrieved on January 24, 2022, from: https://bit.ly/3HbioP1
[2] THE FIRST AMENDMENT ENCYCLOPEDIA, Taft-Hartley Act of 1947 (1947), Retrieved on January 24, 2022, from: https://mtsu.edu/first-amendment/article/1050/taft-hartley-act-of-1947
[3] HRSA, Hill-Burton Free and Reduced-Cost Health Care, Retrieved on January 25, 2022, from: https://www.hrsa.gov/get-health-care/affordable/hill-burton/index.html
[4] Fine, S. "The Kerr-Mills Act: medical care for the indigent in Michigan, 1960-1965". Journal Hist Med Allied Sci, (1998 Jul), 53(3): 285. doi: 10.1093/jhmas/53.3.285. PMID: 9715592.
[5] Sunday E. Ubokudom, United States Health Care Policymaking Ideological, Social and Cultural Differences and Major Influences (New York: Dordrecht Heidelberg London, 2012), 28.
[6] THE BALANCE, President Richard M. Nixon's Economic Policies, By Kemberley Amadeo, Updated December 26. 2020 , Retrieved on January 25, 2022, from: https://www.thebalance.com/president-richard-m-nixon-s-economic-policies-3305562

في عام 1984 تم إنشاء منظمات الاستخدام ومراجعة الأقران من خلال الدفع المسبق، وضوابط الاستخدام، والخصومات المرتفعة، وتحديد الأسعار، وحسابات السداد الصحية، وأصبحت إدارة الحالة هي الأكثر شيوعًا، كما تم إقرار قانون التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة في عام 1996 [1]، وتعديل الميزانية المتوازنة لعام 1997، ثمّ تم إنشاء الجزء C من Medicare (خطط مزايا Medicare) وتراخيص قانون Medicare للأدوية والتحسين والتحديث لعام 2003 وبدء برنامج طوعي للعقاقير الطبية بموجب Medicare Part D ما يمثل انخفاضًا خطيرًا في التأمين الذي يرعاه صاحب العمل على المزيد من الأمريكيين غير مؤمن عليهم.

بدأ الرئيس أوباما وفريقه المعني بالسياسة الصحية دفعة أخرى من أجل التغطية الشاملة وضوابط التكلفة في عام 2009 بإقرار قانون شامل لإصلاح الرعاية الصحية وحماية المريض وبأسعار معقولة، وهو قانون الرعاية الصحية الميسرة لعام 2010، الذي تم تمريره من قبل الكونغرس الذي يسيطر عليه الحزب الديمقراطي، ووقعه الرئيس أوباما ليصبح قانونًا في أواخر مارس 2010؛ بيد أنه لم يصوت عليه أي مشرّع جمهوري واحد في مجلس النواب أو مجلس الشيوخ لصالح خطة الإصلاح، بعد إقرار قانون أوباما لإصلاح الرعاية الصحية حدثت أعمال عنف وتهديدات ضد بعض المشرعين من الحزب الديمقراطي، كما رفعت العديد من الدعاوى القضائية للطعن في دستورية قانون الرعاية الميسرة وميديكيد.[2]

يستند أي تشريع أو سياسة صحية على مجموعة من القيم المعنوية والمادية، ومعايير ومؤشرات تشكل محددات يمكن من خلالها بناء التصورات والاتجاهات التي تتماشى مع المصلحة العامة ومبادئ السياسة العامة للدولة.

المطلب الثاني: المحدّدات العامّة للسّياسات الصّحية الأمريكية

شهد نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة تطورا مع مرور الوقت استجابة لهيمنة المؤسسات الثقافية والسياسية التي تؤثر بشكل كبير على وضع المرتكزات والأبعاد للسياسة الصحية الأمريكية توافقا مع

[1] CDC, Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, Retrieved on January 26, 2022, from: (HIPAA)https://bit.ly/34VQNo8

[2] Ibid, 29.

السياسات الاجتماعية الرامية إلى التخفيف من حدة المخاطر الاجتماعية؛ ومع ذلك يوفر هذا النظام أكثر من غيره في العالم رعاية مكلفة، في حين يُستبعد أيضا أكبر عدد من الناس من الرعاية[1].

ذلك أنّ نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة يستند إلى مبادئ تماشيا مع مراحل تطور السياسة الاجتماعية، باعتبار أنّ الرعاية الصحية سلعة سوقية يتمّ توزيعها وفقا للقدرة على الدفع، كما يرتكز تقديم الرعاية الصحية تاريخيا على مهنة الطب، كان للحكومة في الولايات المتحدة تاريخيا دورٌ ضئيلٌ نسبيا في توجيه نظام الرعاية الصحية، بحيث لا يوجد المعيار الموحد للرعاية، إذ أن جودة الرعاية المقدمة غالبا ما تعكس مدى القدرة على الدفع[2].

الفرع الأول: المحدّدات الاجتماعية للصّحة الأمريكية

إن إدراك أهمية المحددات الاجتماعية للصحة The Social Determinants of Heath التي هي مجموعة من العوامل التي تؤثر على صحّة الفرد ورفاهه تجعل من الممكن وضع استراتيجيات أكثر وضوحا لتجنب المخاطر الصحية والاجتماعية. فمنذ نعومة أظافره يتأثر الطفل في نموه بالعديد من الجوانب بدءًا من الولادة، وتطوره البيولوجي، الخصائص الوراثية، الجنس، الثقافة، والقيم الأسرية، حيث توفر الأسرة أنظمة دعم مناسبة بوسائل مختلفة مثل الموارد الاجتماعية والاقتصادية والبيئة الأسرية المثالية ومهارات الأبوة والأمومة الفعالة[3] .

تشير المحدّدات إلى مجموعة من العوامل التي لا يمكن قياسها مباشرة على مستوى الفرد، وهي تشمل نطاق واسع من الجوانب الهيكلية، الثقافية والوظيفية لنظام اجتماعي له تأثير على الأفراد ويمارس تأثير قوي على التقسيم الطبقي الاجتماعي وعلى صحة الفرد والمجتمع والتي ترتبط بالتسلسلات الهرمية

---

[1] Donald A. Barr, Introduction to U.S. Health Policy The Organization, Financing and Delivery of Health Care in America, (USA: The Johns Hopkins University Press | Baltimor, 2007), 51.
[2] Ibid, P 34.
[3] Social Determinants of Health (SDOH) | Essay, Published: Feb 11, 2020, Retrieved 1st December 2021, https://nursinganswers.net/essays/social-determinants-health-sdoh-essay-7982.php

الاجتماعية في المجتمع الأمريكي مثل سوق العمل والنظام التعليمي والمؤسسات السياسية بما في ذلك دولة الرفاهية[1].

–في المجال الصحي تعتمد صحة المجتمع والتنمية الاجتماعية على الحياة الصحية والخدمات الصحية المتاحة له، ينشأ العبء الصحي للمرض وأسباب التفاوت الصحية الرئيسية من البيئة التي يولد فيها الفرد وينشأ وينمو ويعمل. يشار إلى هذه العوامل باسم المحدّدات الاجتماعية للصّحة The Social Determinants of Heath ويرمز لها بـ SDOH . تتكوّن من عدد من الشروط الهيكلية. إذ تتشكل كما سلسلة من التّفاعلات ترتبط ببعضها البعض.

ويلاحظ أنّه في حالة وجود أي تغييرات سياسية أو بيئية فإنّ جميع المحددات الهيكلية تتأثر، يهدف التّعرف عليها إلى الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية Primary health care (PHC) وإلى إنشاء مجتمعات صحية، إذ يعتبر أفضل وصف لنهج الرعاية الصحية الأولية هو نموذج تعزيز الصحة متعدّد المستويات لاستباق المخاطر الصحية ومنها المخاطر الاجتماعية.

يتم تحقيق ذلك من خلال توفير بيئة صحية وخدمات صحية وتعليم من أجل حياة صحية. كما أنّ الوقاية الثانوية أو إجراءات منتصف الطريق توفر العلاج من المرض والوقاية الإضافية من الإعاقة. أما الإجراءات الثلاثية أو النهائية هي في الأساس خدمات إعادة التأهيل أو تثقيف المجتمع للتعامل مع ظروف الإعاقة. ليس هذا فحسب، بل هناك العديد من المحددات التي تؤثر في توجيه السياسات الصحية الأمريكية.

لذا يشكل السّياق السياسي إحدى عوامل تشكيل محددات الصحة والسياسة الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية من خلال عمليات التأثير والتأثر وتجاذبات الفواعل السياسية والمكونات الاجتماعية بمختلف مشاربها الفكرية والاقتصادية والثقافية؛ كلّ هذا يؤثّر بدوره على توزيع الموارد وإعادة توزيعها، كما أنّ وجود العديد من المحدّدات مشروط بنهج السياسة العامة التي ترسمها وتتبناها الدولة كسياسة صحية.

[1] Braveman, P. and Gottlieb. L." The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes", Public health reports, 129 (2014), 19.

تنعكس خيارات السّياسة، على سبيل المثال، في: سياسات العمل الموجّهة للأسرة، سياسات التّوظيف، الأنشطة التي تنطوي على التّدريب والدعم، توفير شبكات الأمان الاجتماعي، درجة الخدمات الصّحية والاجتماعية وغيرها من الموارد المتاحة للمواطنين، إنّ تنظيم الرّعاية الصحية هو أيضا نتيجة مباشرة لقرارات السياسة التي تتخذها الحكومات وقرارات السياسة العامة، ومتخذو القرارات هم أنفسهم مدفوعون بمجموعة متنوعة من السياسيين والقوى الاقتصادية والاجتماعية[1].

-كما يعتبر الدّين من أهم المحدّدات، فإذا كان الدّين لا يؤثر مباشرة على اتخاذ القرار السياسي في الولايات المتحدة الأمريكية باعتبارها دولة علمانية، إلاّ أنّ نشاط الجمعيات الدينية في مجالات التعليم والصّحة كان له الدور البارز ميدانيا مع توظيف غير مسبوق للدّين في السّياسة الاجتماعية.

ففي عهد الرئيس الأمريكي السّابق "جورج دبليو بوشّ G W Bush الذي أعطى أبعادا دينية للسياسة الاجتماعية أدّت إلى انتقادات واسعة من مناصري الدستور والعلمانيين الذين دعوا لفصل الدّين عن الدولة، واليسار السّياسي الذي يخشى توسيع القطاع الخاص، في مقابل اليمين المتديّن الذي أراد جمع التبرعات الخيرية لأعمال التبشير الديني من خلال البرامج الاجتماعية المدعومة، ومع ذلك نجح الرئيس الأمريكي "بوش" في تمرير مشاريع كبرى في السّياسات الاجتماعية[2]، ومنها قانون No Child Left Behind Act الذي أقره رسميا سنة 2002، الذي يدعم سياسات الدّولة لرعاية الأطفال[3]، وخاصة أنّ العديد من المدارس والجامعات تحتضنها مؤسسات أو جمعيات دينية استفادت من إعفاءات أو تخفيضات ضريبية بموجب هذه القوانين.

تشمل المحدّدات الاجتماعية كذلك مستوى السّكان والحرمان الاجتماعي والاقتصادي، معدل الفقر، عدم المساواة في الدّخل، الفرص التعليمية، هيكل سوق العمل، السّكن الميسور التكلفة، والحصول على الأطعمة الصّحية -التّغذية الجيدة، توفير الخدمات الصّحية، الوصول إلى السّلع والخدمات الأساسية، البنية التحتية للنقل، والجوانب المادية. والبيئات المبنية، والتّكوين العرقي- الاثني للسكان، ومناطق نقص الخدمات

[1] Op Cit, Social Determinants of Health (SDOH) | Essay.
[2] Taoufik. Djebali, "Politique Sociale et religion aux Etats-Unis: du conservatisme compatissant à l'ouragan Katrina", Revue LISA/LISA e-journal. Vol IX- no 1 (2011) , 813.
[3] Wikipedia, No Child Left Behind Act, Retrieved on December 01, 2021, from : https://bit.ly/3M53s8G

الطبية أو النقص في المهنيين الصحيين، والإنفاق على السلامة العامة والخدمات الاجتماعية والرعاية الاجتماعية. تعتبر المحددات الاجتماعية على مستوى السكان محددات أساسية أو أولية أو أكثر أساسية للصحة والمرض وقابلة للتغيير من خلال السياسة العامة[1].

الفرع الثاني: أهم المؤشّرات الاجتماعية للسّياسات الصحية الأمريكية

يمكن الاعتماد على مجموعة من المعايير التي تشكّل مقاييس للمحدّدات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية للسياسة الصحية الأمريكية ومنها:

أولا-الدّخل: يعتبر مؤشّر اقتصادي واجتماعي وأحد مكوّنات الموارد المادية للفرد والمجتمع، كما يؤثّر على الصّحة والسياسة الصحية بشكل مباشر، يستمر تأثيره بشكل تراكمي مدى الحياة. وبالتّالي فإنّ تحويل الأموال والأصول إلى السلع والخدمات المعززة للصّحة عن طريق النّفقات قد يكون أكثر صلة لتفسير كيفية تأثير الدخل على الصحة[2]. يساهم الدّخل بشكل أو بآخر من خلال شراء الخدمات الصحية كمورد مالي لتعزيز الصحة، إلاّ أنّ ذلك يؤثر سلبا على الوضع الاجتماعي في حال كانت التّكاليف مرتفعة، وهذا الحال ينطبق في الكثير من الحالات على الخدمات والرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية.

يعتبر الدخل في الولايات المتحدة الأمريكية عاملا رئيسا يشمل الكسب من الأجور، الأرباح، الفوائد، الدعم والنفقة وتحويل المدفوعات والمعاشات التقاعدية. كما تسهم الضرائب على الدخل في الكثير من الحالات في المساهمة في دعم القطاع الصحي العام. وبالمقابل فإنّ انعدام العدالة في الدخل تؤدّي إلى تزايد التّباين الطبقي، زيادة الفقر، تدهور الوضع الصّحي وفشل السّياسات الصحية.

بدوره يمكن أن يؤثر الدّخل على الصّحة والعكس صحيح من خلال مجموعة من الآليات، ومنها[3] :

- الوصول إلى مواد ذات جودة أفضل، وشراء الموارد مثل الغذاء والمأوى والدواء؛

---

[1] Ibid, P 140.

[2] Mikkonen Juha and Raphael Dennis, Social Determinants of Health THE CANADIAN FACTS, Retrieved on February 19, 2022, https://thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf

[3] Ibid.

-السّماح بالوصول إلى خدمات قد تحسّن من الصّحة بشكل مباشر (مثل الخدمات والأنشطة الترفيهية أو بشكل غير مباشر مثل التعليم)؛

-تعزيز احترام الذات والمكانة الاجتماعية من خلال توفير المواد الخارجية والخصائص ذات الصلة بالمشاركة في المجتمع؛

- اختيار الخدمات والرعاية الصحية (يشار إليها أيضًا باسم " السببية العكسية* ") ، حيث يمكن أن يتأثر مستوى الدخل بالصحة، ومستوى الصحة بالدخل[1].

في الحالة العكسية، يمكن أن تؤثر الحالة الصحية الجيدة في كسب مداخيل أكبر، وهذا لا يؤثر على الفرد فحسب، بل على صحة المجتمع، ومستوى الإنتاج ككل وجودة الخدمات في مختلف القطاعات.

إلاّ أنّه بسبب التباين في الدخل تزايدت الفجوة بين الفقراء والأغنياء، حيث يحتل متوسط العمر المتوقع في الولايات المتحدة المرتبة 16 بالنسبة للنساء وبالنسبة للوفيات عند الرجال، من بين 17 "دولة نظيرة" تم تقييمها في تقرير الأكاديميات الوطنية الصادر من قبل المجلس القومي للبحوث ومعهد الطب سنة 2021، ويسمى US Health in International Perspective: Shorter، وجد التقرير أن الأمريكيين لا يموتون في وقت مبكر فحسب، بل يعانون أيضًا من معدلات إصابة ومرض أعلى من أقرانهم في البلدان الأخرى ذات الدخل المرتفع [2].

يقول الخبراء بحسب التقرير أن أسباب التكهنات القاتمة عديدة ومعقدة، مع ذلك، فإن عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية عامل مهم، كما أن جميع الأمريكيين الأغنياء والفقراء منهم يعانون من تبعات هذه

* اقترح الفيلسوف ديفيد لويس بشكل خاص أن جميع البيانات حول السببية يمكن فهمها على أنها بيانات، مثال القول بأن تدخين جون تسبب في موته قبل الأوان يعادل القول إنه لو لم يدخن جون لما مات قبل الأوان.

[1] المرسال، نظرية عكسية عن مبدأ السببية، مسترجع من موقع: https://bit.ly/3t1fZ4u

[2] Kirsten Weir, “Closing the health-wealth gap”, American Psychological Association Vol 44 No. 9, (2013): 36. Retrieved on December 01, 2021, from: http://www.apa.org/monitor/2013/10/health-wealth

العواقب. ومع ذلك بحسب الاحصائيات الرسمية فقد وصل دخل الفرد الأمريكي 51.967 دولارا سنة 2018، حيث شهد تطورا وكان في حدود 45.601 سنة 2010 [1] .

الجدول: 06 – لتفسير العلاقة بين مستوى الدخل ومستوى الصحة والحالة الاجتماعية[2].

المعايير	التفسير
التحليل الجزئي للحالة النفسية –الاجتماعية.	–يؤدي عدم المساواة في الدخل إلى "تباين اجتماعي خطير" مما ينتج عنه خلل في التسلسل الهرمي الاجتماعي ويسبب ضغوطًا مزمنة تؤدي إلى الفقر والانعكاس السلبي على الحالة الصحية لمن هم في أسفل الهرم الاجتماعي.
التحليل الكلي للحالة النفسية– الاجتماعية.	–يؤدي عدم المساواة في الدخل إلى تآكل الروابط الاجتماعية التي تسمح للناس بالعمل معًا، كما يقلل من الموارد الاجتماعية، ويؤدي إلى ثقة أقل في المشاركة المدنية–المجتمع المدني–، وجرائم أكبر وغيرها من الظروف غير الصحية، وبالتالي تزايد المخاطر الاجتماعية وفشل في السياسات الصحية.
التحليل الجزئي للموارد الجديدة لدخل الفرد.	عدم المساواة في الدخل يعني موارد اقتصادية أقل بين أفقر الناس، مما يؤدي إلى تقليل القدرة على تجنب المخاطر و / أو علاج الإصابة أو المرض و / أو الوقاية من الامراض.
التحليل الكلي للموارد الجديدة. –ضعف الاستثمار–	يؤدي عدم المساواة في الدخل إلى تقليل الاستثمار في المجالات الاجتماعية والبيئية وظروف (السكن الآمن، المدارس الجيدة، إلخ) اللازمة لتوفير الصحة بين الأشد فقرا.
الأدوات الاحصائية.	عادة ما يكون الأفقر في أي مجتمع هم الأكثر مرضًا. مجتمع بمستويات عالية من عدم المساواة في الدخل لديه أعداد كبيرة من الفقراء، وبالتالي سوف يكون المزيد من الناس المرضى.
اختيار الصحة.	ضعف الدخل يحد من إمكانات الكسب، لأن ضعف الصحة يضعف المرء، ومن ثمة ضعف التغطية الصحية.

المصدر: World Health Organization, A conceptual framework for action on the social determinants of health, P 31.

[1] Economic Research, Real mean personal income in the United States, Retrieved December 01, 2021, from: https://fred.stlouisfed.org
[2] Ibid.

علما أنّ دخل الفرد الأمريكي يعتبر من أعلى الدخول عالميا غير أنّ تكاليف العديد من الخدمات والرعاية الصحية بقي مرتفعا. وأوضح تقرير آخر لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية أن ارتفاع الأسعار في قطاع الصحة في الولايات المتحدة يعود الى زيادة استخدام التكنولوجيا الطبية، وعدم تحديد سعر مركزي لنظام التأمين، بينما وضعت العديد من الدول الأوروبية قيودا على تكاليف الرعاية الصحية فيها[1].

جدول: 07 –تطوّر الدّخل الفردي بآلاف الدولارات للأمريكي من سنة 2010 إلى سنة 2018 [2].

السنة.	2010	2015	2018
دخل فردي سنوي – ألف دولار أمريكي	54.600	48.630	51.960

المصدر: ST LOUIS FED, Economic data

إنّ تطور الدخل الفردي إلى أكثر من 50 ألف دولار سنة 2018 يقابله تطور في نفقات الرعاية الصحية الفردية للأمريكي لتصل إلى أكثر من 9 آلاف دولار نفس السنة، أي ما مقداره 18 بالمئة من مجمل الدخل وهو ما يعتبر مكلف جدا، خاصة مع وجود تكاليف حول نظام التأمينات الصحية. من خلال هذا يمكن استنتاج أنّ متخذ القرار في صنع السياسة الصحية ينظر بعين الاعتبار إلى المقارنة بين الدخل الفردي وحجم تكاليف النفقات، ولكنه لا يستطيع التحكم النهائي نتيجة آلية السوق القائمة على قانون العرض والطلب والحرية والمنافسة وتقليص تدخل الدولة.

جدول: 08–يبين تطوّر نفقات الرعاية الصحية من2010 إلى 2018 للفرد الأمريكي بالدولار[3]

السنة	2010	2015	2017	2018
نفقات الرعاية الصحية للفرد بالدولار	7.093	8.466	9.101	9.415

المصدر: CDC, Gross domestic product and national health expenditures

[1] جريدة النهار اللبنانية، تعرف على أكثر الدول المتقدمة انفاقا على الرعاية الصحية، 2014/07/11، مسترجع بتاريخ 01 ديسمبر 2021، https://bit.ly/3D5DMXu

[2] ST LOUIS FED, Economic data, Retrieved on January 27, 2022, https://fred.stlouisfed.org/series/MAPAINUSA672N.

[3] CDC, Gross domestic product and national health expenditures, Retrieved on December 02, 2021, https://bit.ly/3IbK8Vs

بالمقابل فإنّ الانفاق الوطني على الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية تزايد بشكل كبير من 2.5 ترليون دولار سنة 2010 إلى 3.649.4 ترليون دولار سنة 2018، حسب ما يوضحه الجدول التالي.

جدول: 09–تطور النفقات الوطنية على الصحة في الولايات المتحدة ببليون دولار [1].

السنة	2010	2015	2017	2018
الانفاق الوطني على الصحة ببليون دولار	2.591.2	3.199.6	3.487.3	3.649.4

المصدر : CDC, Health, United States, 2019 – Data Finder

في عام 2019، ارتفع الإنفاق على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى 4.6 في المائة، حيث وصل إلى 3.8 ترليون دولار، أو 11،582 دولار لكل شخص. كجزء من الناتج المحلي الإجمالي للأمة (GDP)، إذ شكل الإنفاق الصحي 17.7 في المئة[2]. ونظرا لحجم موازنة الصحة وما يلعبه هذا القطاع في سوق العرض والطلب، فإنّ تأثيره يعدّ بالغ الأهمية، ويشكل استثمارا ورأسمالا حقيقيا بالنسبة للاقتصاد الأمريكي.

ثانيا– التّعليم: يعتمد الباحثون عمومًا على وجهات نظر مختلفة لفرضية العلاقة بين التعليم والصحة، تمّ تأسيس الكثير من أبحاث التعليم والصحة على مدى العقدين الماضيين من القرن الواحد والعشرين على نظرية السبب الأساسي، تفترض هذه الفرضية أنّ العوامل الأساسية مثل التعليم هي الأسباب الأساسية للصحة والمرض والحالة الاجتماعية، لأنها تحدّد الوصول إلى العديد من الموارد المادية وغير المادية مثل الدخل أو الأحياء الآمنة أو أنماط الحياة الصحية، وكلها تحمي الصحة أو تعززها[3] .

فالتّعليم في الولايات المتحدة متاح من خلال المدارس الحكومية والتّعليم المنزلي. تضع حكومات الولايات المعايير التعليمية الشاملة. غالباً ما يتم استخدام اختبارات موحدة لنظم المدارس الحكومية، وعادة

[1] CDC, Health, United States, 2019 – Data Finder, Retrieved on January 27, 2022, https://www.cdc.gov/nchs/hus/contents2019.htm
[2] Healthcare Data.Center, Distribution of the National Health Expenditure, Retrieved on January 27, 2022, ,https://healthcaredata.center/government-regulation/distribution-of-the-national-health-expenditure/
[3] Anna Zajacova and Elizabeth M. Lawrence," The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach" Annual Review of Public Health,(2018) : 275 , Downloaded from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5880718

ما يتم ذلك من خلال مجلس الحكّام والكليات الحكومية، والجامعات. يأتي الجزء الأكبر من التمويل البالغ 1.3 تريليون دولار من حكومات الولايات والحكومات المحلية، مع تمويل فدرالي يبلغ حوالي 200 بليون دولار سنويا. المدارس الخاصة حرّة بشكل عام في تحديد المناهج الدراسية وسياسات التّوظيف الخاصة بها، مع الاعتماد الطوعي المتاح من خلال هيئات الاعتماد الإقليمية المستقلة، على الرغم من أنه يمكن تطبيق بعض اللوائح الحكومية. في عام 2013، كان حوالي 87% من الأطفال في سن المدرسة يدرسون بالمدارس الحكومية الممولة من الولايات، وحوالي 10% يدرسون في المدارس الخاصة، و3% يدرسون من المنزل[1].

هذه الأولوية للتّعليم في الولايات المتّحدة تنبع من كون أنّ 96.6٪ من الدراسات أفادت بوجود علاقات عكسية ذات دلالة إحصائية بين السلوكيات التي تنطوي على مخاطر صحية والتحصيل الأكاديمي، لذلك يبقى من الضّروري أن يعمل القّادة في مجال التعليم والصحة معًا للقيام باستثمارات كبيرة في الشباب في سن المدرسة[2] ، وذلك بهدف الحدّ من المخاطر الاجتماعية المتأتية عن تدني المستوى التعليمي والتسرّب المدرسي وتأثيرهما البالغ على المجتمع وتنامي ظاهرة الانحراف والجرائم[3].

بدأ مشروع مجتمع التّعلم في الولايات المتحدة من خلال إصلاح التعليم الذي انطلق سنة 1983 بدعم من الرّئيس الأمريكي "رونالد ريغن" Ronald Regan، من خلال تقرير " أمّة في خطر" الذي حدّد من خلاله مؤشّرات الخطر الاجتماعي الذي يحدق بالولايات المتحدة الأمريكية على اعتبار أنّ المخرج الأول هو الانطلاقة الحقيقية للتعليم وإصلاح التعليم من خلال سياسات تعليمية جديدة. حيث أكّد التقرير على أنّ هناك حوالي 23 مليون أمريكي من البالغين الأميين وظيفيا يفشلون في أبسط اختبارات القراءة والكتابة والفهم، ويمكن اعتبار أنّ حوالي 13 في المئة من جميع الأطفال البالغين من العمر 17 عامًا في الولايات المتحدة أميين وظيفيًا. قد تصل نسبة الأمية الوظيفية بين شباب الأقليات إلى 40٪[4] ، مما جعل السّياسات

[1] موقع معرفة، التعليم في الولايات المتحدة الأمريكية، مسترجع بتاريخ 02 ديسمبر 2021 من موقع: https://bit.ly/3ElCnKb

[2] Beverly J. Bradley, Amy C. Greene. "Do Health and Education Agencies in the United States Share Responsibility for Academic Achievement and Health, A Review of 25 Years of Evidence About the Relationship of Adolescents' Academic Achievement and Health Behaviors", Journal of Adolescent Health, Volume 52, Issue 5, (2013): 524.

[3] Ibid.

[4] Report of A Nation At Risk - April 1983, Retrieved on December 02, 2021, https://www2.ed.gov/pubs/NatAtRisk/risk.html

الجديدة تركز على رفع مستوى ونسب التّمدرس ووصول التعليم إلى كافة فئات المجتمع ليس من حيث الكم فحسب، بل كذلك من حيث النّوعية.

جدول:10 –يبين نسب التّمدرس في الولايات المتحدة الأمريكية في مؤسسات التّعليم في المراحل التعليمية الابتدائية والثانوية في القطاع العام[1].

السّنوات	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019
نسب التمدرس/ بالمئة	84.1	84.6	85.3	85.8

المصدر: US Department of Health and Human Services, Healthy People 2030, Increase the proportion of high school students who graduate in 4 years,

الخلاصة التي يمكن استنتاجها أنّ الولايات المتحدة تعتبر التّعليم استثمارا ايجابيا مضاعفا يمكن أن يؤدي إلى تحسين الأوضاع الاجتماعية وتحقيق أهداف السياسة الاجتماعية من جهة، ومن جهة ثانية يؤثّر بشكل طردي على تحسين مستوى الرّعاية الصحية وزيادة تنمية وتفعيل الموارد المتاحة، بحيث أنّه كلما زاد مستوى التعليم زادت الدخول وزاد الانفاق على الصحة، وبالمقابل زيادة التثقيف والوعي الصحي.

ثالثا–الوظائف: يُنظر اجتماعيا واقتصاديا إلى الوظائف على أنّها أحد المؤشرات الرئيسية لتحديد الوضع الاجتماعي للأفراد في السلم الاجتماعي والتسلسل الهرمي، على اعتبار أنّ الوظيفة تعدّ انعكاسًا لمكانة الشخص في المجتمع من خلال وضعه الاجتماعي ودخله ومستواه الفكري. التّساؤل المهم والقضية الرئيسية تتمثل في كيفية تصنيف الأشخاص الذين لديهم وظائف معينة وفقًا لمكانهم في التّسلسل الهرمي الاجتماعي.

يتمثل النهج الأكثر شيوعًا في تصنيف الأشخاص بناءً على وضعهم في سوق العمل على عدد من المجموعات أو الطبقات الاجتماعية، يمكن تعيين الأشخاص في الطبقات الاجتماعية عن طريق مجموعة من القواعد التّفصيلية التي تستخدم معلومات حول عناصر مثل: المسمّى الوظيفي والمهارات المطلوبة والدّخل والوظائف القيادية– السّامية.

[1] US Department of Health and Human Services, Healthy People 2030, Retrieved on December 13, 2021, https://bit.ly/3GBr1Ta

على سبيل المثال، يميز تصنيف "رايت" J Wright بين أربع فئات أساسية في المجتمع الأمريكي: –العمال بأجر، –البرجوازية الصغيرة (يعملون لحسابهم الخاص مع موظف واحد؛ –أرباب العمل الصغار مع 2 إلى 9 موظفين و–الرأسمالي مع 10 موظفين أو أكثر). أيضًا، تمّ استخدام تصنيفات أخرى تسمّى "الطبقة الاجتماعية" ولكن أكثر دقة تسمّى "الطبقة المهنية" – في بحوث الصحة العامة الأوروبية. من بين أفضل الإجراءات الطبقية المهنية المعروفة والأطول عمراً هو مخطط الطبقة الاجتماعية المعتمد في بريطانيا الذي تم تطويره في عام 1913 [1].

تعكس المهن المكانة الاجتماعية وقد تكون مرتبطة بالنتائج الصحية بسبب بعض الامتيازات، مثل سهولة الوصول إلى رعاية صحية أفضل، والوصول إلى التّعليم والمرافق السّكنية الأكثر صحّة التي يتمّ منحها لمن يتمتعون بمكانة أعلى في المجتمع. قد تعكس المهنة الشّبكات الاجتماعية، والضّغوط القائمة على العمل، والتّحكم والاستقلالية، وبالتّالي تؤثر على النتائج الصحية من خلال العمليات النفسية والاجتماعية.

تعكس المهنة أيضًا المخاطر البيئية السّامة أو مهام العمل، مثل المتطلبات البدنية، فأحد أهم قيود المؤشّرات المهنية هو أنه لا يمكن تخصيصها بسهولة للأشخاص الذين لا يعملون حاليًا. نتيجة لذلك، إذا تمّ استخدامها كمصدر وحيد للمعلومات عن الوضع الاجتماعي والاقتصادي فقد يتم التقليل من أهمية الفروق الاجتماعية والاقتصادية من خلال استبعاد المتقاعدين، والأشخاص الذين يكون عملهم داخل المنزل (يؤثّر بشكل رئيسي على النساء)، والأشخاص ذوي الإعاقة (بما في ذلك المعوّقون بسبب العمل– المرض والإصابة ذات الصّلة) والعاطلين عن العمل والطّلاب والأشخاص الذين يعملون في وظائف غير مدفوعة الأجر أو غير رسمية أو غير قانوني.

كما تكمن العلاقة بين المهنة والصّحة في أهمية الحفاظ على الصحة، ولكن بعض المهن قد تسبب في الواقع اعتلال الصّحة. قد يؤدي اعتلال الصحة إلى انخفاض الأداء المهني.

وفي تحليل شمل ما يقارب من 500 دراسة، ولأوّل مرّة، تمّ استنتاج مؤشّرات واضحة على العلاقة القوية المحتمَلة بين الرّضا الوظيفي والصّحة العقلية والجسدية، تشمل ارتباط عدد كبير من المتغيرات التي

[1] Ibid, World Health Organization, A conceptual framework for action on the social determinants of health, 32.

تم تحديدها، ولها دلالات عالية (بالمعنى الإحصائي والإكلينيكي للكلمة). خاصة فيما يتعلق بجوانب الصحة العقلية، والإرهاق المحدّد، وانخفاض احترام الذات، والقلق، والاكتئاب، حيث يمكن تأكيد أنّ عدم الرضا في العمل يمكن أن يكون خطيرًا على الصحة العقلية للموظف ورفاهيته. الأهمّ من ذلك، أنّ لها آثارا صحية مهمة لتصميم وتقديم برامج التدخل الصحي للموظفين وحتى على السياسات الصحية المنتهجة[1].

جدول:11 –تطور نسب البطالة في الولايات المتحدة الأمريكية من(2016 إلى2020)[2]

السنوات	2016	2017	2018	2019	2020
نسب البطالة	3.85% 0	04.36 %	03.90 %	03.67 %	08.31 %

المصدر : Macrotrends, U.S. Unemployment Rate 1991-2021

تشير نسب البطالة إلى حصة القوى العاملة التي لا تعمل، ولكنها متاحة وتبحث عن عمل باعتبارها قوة عمل احتياطية، حيث بلغ معدل البطالة في الولايات المتحدة عام 2020: 08.31٪، بزيادة 04.64٪ عن عام 2019، في حين بلغ معدل البطالة في الولايات المتحدة لعام 2019: 03.67٪، بانخفاض قدره 0.23٪ عن عام 2018.أما في عام 2018 فقد بلغ معدل البطالة في الولايات المتحدة 03.90٪ بانخفاض 0.46٪ عن عام 2017. وفي عام 2017 بلغ معدل البطالة في الولايات المتحدة 04.36٪، بانخفاض 0.51٪ عن عام 2016. من هنا نلاحظ زيادة في نسب البطالة مما أثّر على التأمينات الاجتماعية ومستويات الرّعاية الصحية مع زيادة الانفاق على الرعاية الصحية. في المقابل فإنّ تكاليف الانفاق على الرعاية الصحية شهد تطورا في الولايات المتحدة الأمريكية كما يوضحه الجدول التالي[3]:

[1] E B. Faragher, M. Cass and C L. Cooper, "The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis", BMJ Journals- The University of Manchester, Volume 62, Issue 2, (2005), 111.
[2] Macrotrends, U.S. Unemployment Rate 1991-2021, Retrieved on December 17, 2021, https://bit.ly/3GSgQtG
[3] Macrotrends, U.S. Unemployment Rate 1991-2021, Retrieved on December 17, 2021. from : https://bit.ly/30Drq8m

جدول: 12 – تكاليف الانفاق على الرعاية على الفرد بألاف الدولارات من 2015 إلى 2018

السنوات	2015	2016	2017	2018
الانفاق على الفرد بآلاف الدولارات	9.471	9.878	10.210	10.624

المصدر : Macrotrends, U.S. Unemployment Rate 1991-2021

يمثل الجدول تكاليف النفّقات على الصحة للفرد بالقيمة الحالية للدولار الأمريكي، تشمل تقديرات النّفقات الصحية الحالية سلع وخدمات الرعاية الصحية المستهلكة خلال كلّ عام، حيث بلغ الإنفاق على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة لعام 2018 مبلغ 10،624 دولارًا، بزيادة 04.06 ٪ عن عام 2017. ثمّ بلغ الإنفاق على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة لعام 2017 مبلغ 102،10 دولارات أمريكية، بزيادة قدرها 03.36 ٪ عن عام 2016. وفي عام 2016 بلغ الإنفاق على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة مبلغ 9.878 دولارًا، بزيادة 04.08 ٪ عن عام 2015. أما في عام 2015 بلغ الإنفاق على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة مبلغ 9،491 دولارًا، بزيادة قدرها 05.18 ٪ عن عام 2014.

لقد خلق إشكال زيادة البطالة من جهة والتي قدرت سنة 2020 بما نسبته 08.31% زيادة معتبرة قدرت ب 04.46 % مقابل ما كانت عليه بنسبة 03.85 % سنة 2016، مقابل زيادة إنفاق الفرد على تكاليف الرعاية الصحية التي قدرت ب 1.153 دولارا كفارق في زيادة التكاليف من سنة 2015 إلى سنة 2018.

رابعا–الطّبقة الاجتماعية: تظهر نتائج التّعداد السكاني لعام 2020 لمكتب الإحصاء الأمريكي أنّ عدد سكان الولايات المتحدة بلغ 331.449.281 نسمة اعتبارًا من 01 أفريل 2020[1] ، يتوزّع هؤلاء السّكان

[1] CIA, The Worldfactbook, Population, Retrieved on December 17, 2021 , https://bit.ly/3q3iHFc

على مساحة إجمالية [1] تقدر بـ : 9,826,675 كم²، حيث زاد عدد السكان بمرور السنوات حسب ما يوضحه الجدول التالي[2]:

جدول: 13- تطور عدد سكان الولايات المتحدة من: 2010 إلى 2020.

السنوات	2010	2017	2020
عدد السكان	307,745,538	323,148,586	331.449.281

المصدر: تطوّر عدد سكان الولايات المتحدة عبر التاريخ، من موقع: https://bit.ly/3p4fqWF

إلا أنّ السكان في الولايات المتحدة يتنوّعون من حيث الأجناس كما يلي: يصل عدد السّكان البيض 72.4٪، أما نسبة السكان السّود 12.6٪، يشكل الآسيويون نسبة 04.8٪، في حين تراجعت نسبة الهنود الحمر وسكان ألاسكا الأصليين إلى 0.9٪، وسكان هاواي الأصليين وجزر المحيط الهادئ إلى 0.2٪، وأجناس أخرى6.20٪ وأجناس أخرى 02.9٪ (تقديرات 2010).

أما بالنسبة للّغة فليس للولايات المتحدة لغة وطنية رسمية، لكن اللغة الإنجليزية اكتسبت صفة رسمية في 32 ولاية من أصل 50 ولاية؛ الهايتية هي لغة رسمية في ولاية هاواي، و 20 لغة أصلية رسمية في ألاسكا، بالنسبة للدّيانة، يشكل المذهب البروتستانتي 46.5٪ ، أما الروم الكاثوليك فيشكلون 20.8٪ ، واليهود 01.9٪، كنيسة يسوع المسيح 01.6٪ ، المسيحيون الآخرون 0.9٪ ، أما المسلمون فيشكلون 0.9٪ ، شهود يهوه 0.8٪ ، البوذيون 0.7٪ ، الهندوس 0.7٪ ، 01.8٪ غير المنتسبين ، 22.8٪ ، لا أدريين بالنسبة لمذهب الرفض يشكلون 0.6٪ بحسب تقديرات 2014[3]. كما توجد بعض المذاهب السرية المتطرفة الأخرى.

[1] ويكيبيديا، مساحة الولايات المتحدة الأمريكية، مسترجع بتاريخ، 17 ديسمبر 2021، من موقع: https://bit.ly/3yAYwSD

[2] تطور عدد سكان الولايات المتحدة عبر التاريخ، مسترجع بتاريخ 17 ديسمبر 2021 من موقع: https://bit.ly/3p4fqWF

[3] Op. cit, CIA, The Worldfactbook.

إن التنوع العرقي والاثني يشكل مشكلة حقيقية بالنسبة للتوزيع العادل للرعاية الصحية في الولايات المتحدة، كما يعد أحد المخاطر الاجتماعية المحدقة بالنسبة للتوازن الاجتماعي، والذي يأخذ بالحسبان عند رسم أو صنع أي سياسة اجتماعية أو صحية، حيث تتزع أكثر نسب الفقر والبطالة على الأقليات العرقية في الولايات المتحدة الأمريكية مما يؤدي إلى تضاؤل نطاق الرعاية الاجتماعية والصحية حسب ما يوضحه الجدول المرفق: لنسب الفقر والبطالة وغير المأمنين صحيا حسب الأجناس في الولايات المتحدة سنة 2015.

حيث تتزايد أعلى نسب الفقر والبطالة والحرمان من التأمينات الاجتماعية بين الهنود الأمريكيين وسكان آلاسكا الأصليين من حيث الفقر إلى 26.6%، والبطالة بنسبة 12.0%، والحرمان من التأمينات إلى 20.7% بالنسبة للعمود البياني الرابع، وكذلك بالنسبة للسود من الأفارقة الأمريكيين حيث تصل نسب الفقر إلى 25.4 % أما البطالة فتفوق 11.3 %، أما الحرمان من التأمينات الاجتماعية فيصل إلى 11 % في العمود البياني الثالث، وتقل بالنسبة لبقية الأعراق، وتكون ضئيلة جدا بالنسبة للبيض الأمريكيين، مما يؤكد تلك الفوارق الاجتماعية الكبيرة بالنسبة للسكان في الولايات المتحدة الأمريكية.

تتأثّر هذه الفئات من الأفراد والمجموعات والجماعات بالمحددات الاجتماعية وتشمل مستوى الفرد أو المجموعة الجنس، العرق – الاثنيات–، الطبقة الاجتماعية، التعليم، الدخل، المهنة، حالة التوظيف، وحيازة الإسكان، حالة المهاجرين، استخدام اللغة، حالة الإعاقة، ورأس المال الاجتماعي.

هذا التباين العرقي يعكس التفاوت في حدّة نسب الفقر والبطالة والاستبعاد وغير المؤمنين اجتماعيا وصحيا، حسب ما يوضّحه الشكل التالي:

شكل : 07– نسب الفقر والبطالة وغير المؤمنين صحيا حسب الأجناس في الولايات المتحدة سنة 2015.[1]

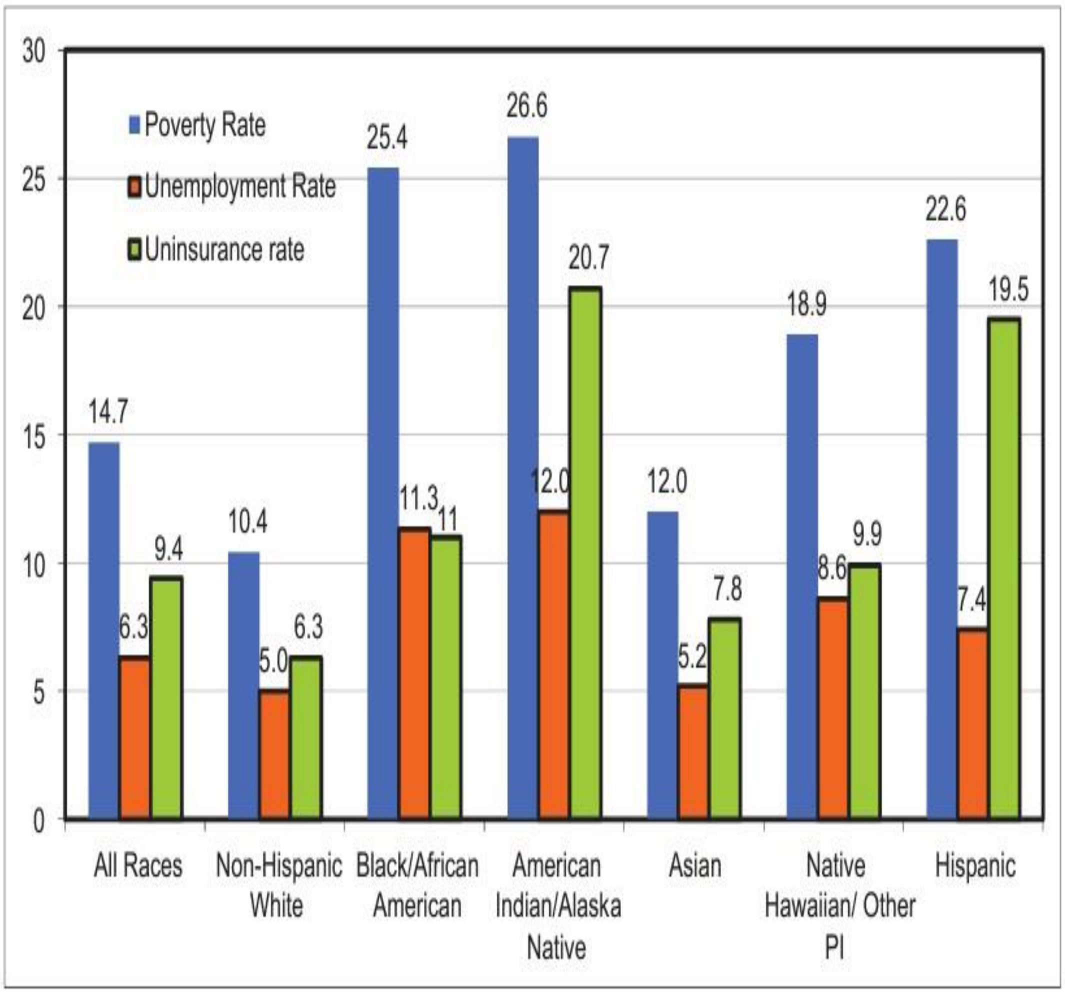


Figure 1. Poverty, Unemployment, and Health Uninsurance Rates (%) by Race/Ethnicity, United States, 2015
Source: US Census Bureau. 2015 American Community Survey.

المصدر: Singh GK, Daus GP, Allender M, et al. "Social Determinants of Health in the United States, P 143.

[1] Singh GK, Daus GP, Allender M, et al. "Social Determinants of Health in the United States: Addressing Major Health Inequality Trends for the Nation, 1935-2016". Int Journal MCH AIDS 6 (2). (2017): 143.

ترنو السياسات الصحية الأمريكية إلى توفير العدالة الصحية والتي يتم تعريفها على أنها عدم وجود فوارق أو اختلافات يمكن تجنبها بين المجموعات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية أو المناطق الجغرافية في الحالة الصحية، والنتائج الصّحية مثل المرض أو الإعاقة أو الوفيات. تشكّل الفوارق الاجتماعية وانعدام العدالة الصحية أهم المخاطر الاجتماعية في الولايات المتحدة، ولذلك يمكن تجنبها أو تقليلها أو معالجتها من خلال إجراءات السياسات الصحية، من حيث أنّ كلاهما أي-الفوارق الاجتماعية وانعدام العدالة- يشتملان على أحكام معيارية حول طبيعة الفروق بين المجموعة الاجتماعية.[1]

تخضع بدورها عمليات رسم السّياسات الصّحية إلى جانب القيم المعيارية والمحدّدات الاجتماعية إلى حجم الموارد المالية والأطر القانونية والتنظيمية.

المطلب الثّالث: تمويل وتأطير السّياسات الصحية الأمريكية

تتطلب عمليات تنفيذ مشاريع وبرامج السياسات الصحية الأمريكية إضافة إلى الأخذ بعين الاعتبار المحددات الاجتماعية للصحة مصادر وموارد مادية وبشرية وآليات للدفع، إذ شهدت تطورا مع مرور الزمن حيث تطوّرت مصادر الإيرادات في السّياسات الصحية الأمريكية إلى حد كبير.

الفرع الأول: مصادر وآليات التدفقات المالية

في عام 2011 خصّصت الحكومة الفيدرالية من خلال برنامج Medicaid غير المتناسب Share Hospital "DSH" ، ما قيمته 11.2 مليار دولار للمستشفيات التي تخدم عددًا غير متناسب من المرضى غير المؤمّن عليهم، ومن المتوقع أن ينخفض ذلك حيث يتمّ تنفيذ قانون الرعاية الميسّرة ACA بالكامل ليحصل العديد من غير المؤمن عليهم، ومن لديهم شروطا موجودة مسبقًا على تأمين صحي، كان ثلث التمويل من مداخيل المواطنين قبل 2011 [2] .

[1] Ibid, 141.
[2] Kaiser Family Foundation. : /FR-2014-02-28/pdf/2014-04032.pdf.

مع بدء العقد الثاني من القرن الواحد والعشرين أصبحت تشكل المصادر العامة 48٪ من الإنفاق والمصادر الخاصة 40٪، مع 12٪ المتبقية من مدخرات الأفراد، ارتفع الإنفاق الحقيقي من مدخرات الأفراد بشكل كبير[1]. نظرا لتوسع وتطوّر نظام الرعاية الصحية الذي نما بسرعة كبيرة، ينشأ نظام الرعاية من أصحاب العمل والموظفين والأفراد. ومنهم، يتدفّق إلى شركات التأمين الخاصة والخطط الصحية وكذلك حكومات الولايات والحكومات الفيدرالية. يقوم المشترون من القطاعين العام والخاص بتحويل الدولارات إلى مقدّمي الخدمات من خلال مجموعة متنوعة من آليات الدفع [2].

يساهم في التدفقات المالية في السياسات الصحية الأمريكية على مستوى الولايات أصحاب العمل والموظفون والأفراد والجمعيات الخيرية الصحية من خلال مختلف الضرائب والأقساط وغيرها من النفقات والتبرعات. كما يساهم الأشخاص المستخدمين وعائلاتهم في التّأمين عن طريق أصحاب العمل من خلال الأقساط وتقاسم التّكاليف. يجوز للأفراد شراء تغطية غير تابعة للمجموعة خارج سوق العمل، حيث يعدّ التأمين خدمة تباع وتشترى بكل حرية ووفق مواصفات وخدمات محددة، بالإضافة إلى ضرائب الرواتب، من خلال، المبيعات، وضرائب الممتلكات يسهم الأفراد في أموال الإيرادات الفيدرالية العامة وحكومات الولايات لتمويل تغطية الرعاية الصحية العامة[3] .

قبل سنة 2010 تمّ تمويل رعاية الأفراد ذوي الدخل المنخفض وغير المؤمن عليهم من خلال جمعيات خيرية خاصة، ونظام شبكة أمان للعيادات العامة والمجتمعية، وكذلك من خلال المستشفيات والأطباء. جاء التمويل الإضافي من إيرادات الضرائب العامة، ولكن في كثير من الحالات كانت الرعاية التي تم تلقيها بدون تعويض وبالتالي يتحملها مقدمو الخدمة قبل قانون الرعاية الميسّرة ACA، كانت تُقدر

[1] Quality of Care, How has the quality of the U.S. healthcare system changed over time?, Retrieved on February 3, 2022, from: https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/how-has-the-quality-of-the-u-s-healthcare-system-changed-over-time/

[2] Smith, Jessica C. and Carla Medalia**, U.S.** Census Bureau, Current Population Reports: 60-253, Health Insurance Coverage in the United States: 2014, U.S. Government Printing Office, (Washington, DC, 2015), 08.

[3] Robin A. Cohen and Michael E. Martinez, Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates, from the National Health Interview Survey, (U.S.A: National Center for Health Statistics, January–March 2015), 05.

نفقات الرعاية غير المدفوعة بـ57 مليار دولار، تساهم المستشفيات بنسبة 61٪ والأطباء 14٪، والباقي يأتي من مجموعة متنوعة من المنظمات المجتمعية.

في الولايات المتحدة الأمريكية، تعتمد طريقة دفع رسوم الخدمات الصحية على الخدمة المقدّمة، ونوع الموظف الصحي الذي يقدمها، والممول، وكذلك مكان تقديم الخدمة (على سبيل المثال، مستشفى أو مركز رعاية متنقلة، في مدينة كاليفورنيا يختلف عن مدينة نيويورك).

تظهر آليات الدّفع لكلّ نوع من الخدمات الصحية وفقًا للدافع المعني (على سبيل المثال، Medicare، شركات التأمين، والخطط الصحية). يقوم التّأمين الصحي على مبدأ تحصيل مخاطر تكاليف المرض التي تؤثر على مجموعة معينة من النّاس وتقاسم تلك التكاليف بالتساوي بينهم، كما هو منصوص عليه في قانون التأمين الصحي الجديد في أمريكا. وذلك من خلال جمع الأموال اللازمة والضرورية لمواجهة كل هذه التهديدات وتوزيعها على الناس حسب حاجتهم للعلاج. وبالتالي، يمنع التأمين الصحي الناس من دفع تكاليف العلاج ويضمن وصول الرعاية الصحية إليهم مقابل مبلغ معين[1].

الفرع الثاني: الموارد المادية والبشرية لتقديم الرعاية الصحية

تتطلّب السياسة الصحية الأمريكية موارد مادية وبشرية كافية لتقديم الرعاية الصحية. تشمل الموارد المادية مخزون رأس المال، البنية التحتية، والمعدات الطبية، وتكنولوجيا المعلومات، والموارد البشرية ممن يمارسون، يشخصون ويعالجون المرضى من تقنيين وفنيين ومهن داعمة.

1. الموارد المادية ورؤوس الأموال: حتى عام 2012 زاد العدد الإجمالي لمرافق الرعاية المتنقلة بنسبة 24٪ من 1997 إلى 2012 في جميع أنواع المرافق المتنقلة، مثل مكاتب الأطباء وأطباء الأسنان والمراكز الجراحية والعيادات الصحية الريفية. تختلف التقديرات حسب حجم التكاليف الإدارية (بما في ذلك الأرباح والضرائب). في المقابل، فإنّ التكاليف الإدارية أعلى بكثير لوثائق التأمين التي تغطي الأفراد والشركات الصغيرة. قدرت إحدى الدراسات التي أجرتها شركة أمريكية، أنّه بعد عام 2003، أنفقت ميديكير 5.2٪

---

[1] كويتيون في أمريكا، العلاج في أمريكا، اطلع عليه بتاريخ 01 جانفي 2022، من موقع: https://bit.ly/3vVUTr0

على الإدارة، مقارنة بـ 16.7٪ لشركات التأمين الخاصة. من بين الأخيرة، قدّرت التكاليف الإدارية بـ 30٪ في السوق الفردي، و 23٪ في سوق أصحاب العمل الصغير و 12.5٪ لأصحاب العمل الكبار [1] .

نمت المراكز الجراحية المتنقلة والعيادات الصحية الريفية عشرة أضعاف بين عامي 1980 و2012. على عكس النّمو في الرعاية الإسعافية، انخفض عدد المستشفيات بشكل ملحوظ من 1975 إلى 2009 عبر عمليات الدمج والإغلاق للمستشفيات التي ساهمت في هذا الانخفاض بسبب التغيرات في مدفوعات المستشفى بأثر رجعي إلى ما هو متوقع؛ وظهور ممارسات الرعاية المدارة التي تعزز زيادة طول مدة الإقامة في المستشفيات، والمنافسة بين المستشفيات[2]. كما انخفض العدد الإجمالي لدور رعاية المسنين، لكن عدد دور التمريض المحترفة زاد بمقدار ثلاثة أضعاف. زاد عدد وكالات الرعاية الصحية المنزلية وخدمات رعاية المسنين المعتمدين من قبل Medicare بمقدار خمسة أضعاف أو أكثر، على الأرجح في استجابة للتغييرات في سداد تكاليف Medicare. حيث تخصص نفقات كبيرة على ميديكير من المتوقع أن تصل بحدود سنة 2028 إلى 2.9 ترليون دولار بعدما كانت سنة 2017 تقدر بـ 1.5 ترليون دولار[3].

2. المعدات الطبية: ارتفع استخدام المعدّات الطبية بشكل كبير جدا على مدى العقود الماضية. إذ تتطلب الإقامة لفترة أطول في المستشفى تخفيضات، وتوفير رعاية أكثر حدّة في العيادات الخارجية واستخدامًا أكبر للمعدات الطبية[4]، حيث أنّ تكاليف المعدات الطبية في المرافق الطبية تعتبر كجزء من التسديد الكلي للرعاية وتغطية مباشرة لتكاليف المعدات الطبية للأفراد[5].

[1] Milliman Inc. Medicare versus private health insurance: the cost of administration 2006. Retrieved on January 01, 2022 , http://www.cahi.org/cahi_contents/resources/pdf/CAHIMedicareTechnicalPaper.pdf
[2] Teresa D, Harrison, "Consolidations and Closures: An Empirical Analyses OF Exits from THE Hospital Industry", Health Economics, 16: 457–474 (2007), 461.
[3] Committee for a Responsible Federal Budget, PAPERS AMERICAN-HEALTH-CARE-HEALTH-SPENDING-AND-FEDERAL-BUDGET, MAY 16, 2018, Retrieved on June 22, 2022, https://www.crfb.org/papers/american-health-care-health-spending-and-federal-budget
[4] Patricia M, Danzon and Mark V. Pauly," Insurance And New Technology: From Hospital To Drugstore", Health Affairs, 20, no.5 (2001): 86.
doi: 10.1377/hlthaff.20.5.86
[5] Sean R. Tunis and Jeffrey L. Kang," Improvements in Medicare Coverage of New Technology", Health Affairs, 20, no.5 (2001): 85.

3. تكنولوجيا المعلومات: تكنولوجيا المعلومات الصحية (HIT) أصبحت جزءًا مهمًا من الرّعاية الصحية من قبل المزوّد، أصبحت تمكن كذلك هذه التكنولوجيا من حفظ السجلاّت الطبية، صنع القرار، والتصوير، والوصفات الطبية بمساعدة الحاسوب وتخزين بيانات الإنترنت وتنظيمها واسترجاعها. أمّا من جانب المستهلك، أصبحت الإنترنت مصدرًا للمعلومات (والمعلومات المضلّلة) أحيانا حول الرعاية الصحية، ويمكن للمرضى التواصل مع الأطباء عبر البريد الإلكتروني[1].

تعمل تكنولوجيا المعلومات الصحية HIT على دمج كل من المستهلك والمزود حتى يتمكن المرضى من مشاهدة بياناتهم والإضافة إلى سجلهم الطّبي على الإنترنت ما يتعلق بصحتهم، اعتبر الدارسون أن اعتماد أنظمة المعلومات الصحية كان بطيئًا في الولايات المتحدة الأمريكية، ففي عام 2013، استخدم 78٪ من الأطباء العاملين في المكتب نوعًا من السجلات الصحية الإلكترونية (EHR) في ممارساتهم، بينما كان لدى 59٪ من المستشفيات نظام EHR سجلات صحية إلكترونية أساسي[2]، كما تزايدت هذه النسب بعد عام 2021 باستخدام آليات الصّحة الإلكترونية.

4. الموارد البشرية: الرعاية الصحية هي مجموعة معقدة من الخدمات المقدمة ضمن مجموعة متنوعة من الإعدادات. وبالتالي، ليس من المستغرب أن تكون الموارد البشرية اللازمة لتقديم هذه الخدمات متنوعة ومعقدة أيضًا. حيث تصنّف في الولايات المتحدة إلى ثلاثة فئات رئيسية، وهي: الفئة الأولى من الرعاية الصحية للتشخيص والعلاج من قبل الممارسين، والفئة الثانية من الرعاية الصحية للتقنيين مثل تقنيي المختبرات السريرية وتقنيي السجلات الصحية وغيرهم، والفئة الثالثة وهي تتضمن مهن دعم الرعاية الصحية من المساعدين(التمريض، الطب النفسي والصحة المنزلية) ومساعدي طب الأسنان [3].

[1] Hersh W." A stimulus to define informatics and health information technology", BMC Medical Informatics and Decision Making, 9:24 (2009), 04.
[2] Hsiao C, Hing E," Use and characteristics of electronic health record systems among office-based physician practices: United States 2001–2013", NCHS Data Brief, 143:18 (2014), 06.
[3] Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, van Ginneken E, "United States of America: health system review", Health Syst Transit, WHO Regional Office for Europe, UN City, Copenhagen Ø, Denmark, (2013) :1-431 .

بين عامي 1990 و2014 ثمّ إلى غاية 2020 حدثت زيادة في التوظيف في القوى العاملة في مجال الرعاية، مثل الأطباء وخبراء تقويم العمود الفقري والممرضات المسجّلات. كما زاد التوظيف أيضًا مع معظم مهن التقنيين والفنيين وجميع وظائف الدعم، وانخفض توظيف أطباء الأسنان ومساعدي الأطباء العاملين في المختبرات السريرية[1] .

خصّصت حكومة الولايات المتحدة تمويلًا كبيرًا لتوسيع تكنولوجيا المعلومات الصحة HIT. في عام 2009 تم إقرار قانون الصحة الاقتصادية والإكلينيكية (HITECH)، وقامت بتوفير 30 مليار دولار للمستشفيات لاعتماد السجلات الصحية الإلكترونية[2]. كان يجب على المستشفيات بناء أنظمة ذات استخدام هادف في مراحل المتطلبات المتقدمة بشكل متزايد، من المحتمل أن يعكس هذا مزيجًا من توفر الحوافز المالية، وتشير النتائج التي توصل إليها الباحثون إلى أن المستشفيات قادرة على إحراز تقدم كبير من سنة إلى أخرى، ولا سيما التقدم الملحوظ. بالإضافة إلى ذلك، قامت برامج الرعاية الصحية الميسّرة ACA بتحفيز الأطباء والمستشفيات على اعتماد السجلات الصحية الإلكترونية من خلال تشجيع الابتكارات، والتي يصعب تشغيلها بدون سجل صحي إلكتروني.

غير أن الانتقاد الموجه إلى الذين يصرون على تشجيع تعميم السجلات الصحية الالكترونية يتمثل في أن خفض التكاليف والأخطاء الطبية لا يتم دائما، بل تشير العديد من التقارير إلى خلاف ذلك. غالبًا ما تؤدي السجلات الصحية الإلكترونية إلى ارتفاع الفواتير وانخفاض إنتاجية المزود مع عدم وجود تغيير في نسب المزود إلى المريض. كما أن الحد من الأخطاء غير مؤكد، ولا يزال يتعين ربطه بمستوى الادخار أو الأقساط التي يدفعها المريض، وأحيانا يوجد سوء ممارسة لهذه التكنولوجيا. نظرًا لأن الاهتمام بالتركيز على المريض، والمشاركة في صنع القرار، والفريق، والزيارات الجماعية، والدخول المفتوح، والمساءلة لا زال ينمو، وبالتالي ينظر إلى السجلات الصحية الإلكترونية على أنها غير كافية، ولكنها ضرورية في الوقت نفسه. في ظل غياب التدخلات الأساسية الأخرى التي تغير الممارسة الطبية.

---

[1] Ibid.

[2] Scot Petersena & Tayla Holman, HITECH (Health Information Technology for Economic and Clinical Health) Act of 2009, Retrieved on June 22, 2022, https://www.techtarget.com/searchhealthit/definition/HITECH-Act

5. الطاقم الطبي من غير الأمريكيين: يشمل أعداد المتخصّصين في الرعاية الصحية في الولايات المتحدة ، ففي عام 2014 كانت نسبتهم من الأطباء 26٪ و24٪ من المقيمين في البرامج التخصصية في الولايات المتحدة الأمريكية من خريجي الطب الدوليين، وأكثر من 8٪ من العاملين في التمريض من خريجي تمريض دوليين[1].

بالنسبة لبعض الباحثين الأمريكيين فإنه على الرغم من أن المهاجرين يضافون إلى الرعاية الصحية على أنهم قوة عاملة، لا يوجد دليل على أنهم يحسنون قضايا التوزيع فيما يتعلق بالرعاية الصحية. علاوة على ذلك، يقلل الاعتماد على الهجرة من الحافز لتوسيع القدرات التعليمية للأمريكيين، ويقلل من رفع الأجور، وتحسين ظروف العمل[2]. غير أن هذه الهجرة من البلدان منخفضة الدخل تعتبر هجرة أدمغة ونزيف للكفاءات، كما تعتبر ظاهرة الهجرة إحدى المعضلات العويصة للدول الأقل تقدما[3].

تمتلك الولايات المتحدة الأمريكية نسبة غير متكافئة من المتخصصين في أطباء الرعاية الأولية مقارنة مع البلدان الأخرى ذات الدخل المرتفع [4]. علاوة على ذلك، نسبة أطباء الرعاية الأولية بالنسبة لسكان المناطق الريفية أقل من نصف تلك النسبة الموجودة في المناطق الحضرية، وخاصة في التمريض، أكبر مشكلة تتمثل في توزيع العدد المنخفض لأعضاء هيئة التدريس. ما يشكل اختلالات في العملية التعليمية ويساهم في نقص ممتهني التمريض[5] .

تتضمن برامج الرعاية الصحية الميسرة ACA سياسات تهدف إلى تحسين العرض في قضايا التوزيع المتعلقة بالرعاية الأولية بما في ذلك المنح الدراسية، وبرامج سداد القروض لأطباء الرعاية الأولية،

[1] Padmini D. Ranasinghe," International Medical Graduates in the US Physician Workforce", the Journal of the American Osteopathic Association, Vol 115, No. 4, (April 2015): 238-239.

[2] Flynn L, Aiken LH." Does international nurse recruitment influence practice values in U.S. hospitals", Journal of Nursing Scholarship: an Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. , 34(1) (2002): 72.

[3] بيزيد يوسف وآسية بلخير، "هجرة الكفاءات: المفهوم، الأسباب والآثار المترتبة عنها" (مؤلف جماعي بعنوان: هجرة الأدمغة وإشكالية تثمين الكفاءات الوطنية ضمن فعاليات ملتقى دولي، الجزائر: شركة الأصالة للنشر، 2021)، 281.

[4] *Emily Friedman, Surf,* "Turf and the Future of Primary Care, First published in Hospitals & Health Networks On Line",(June 3, 2008) Retrieved from: Surf, Turf and the Future of Primary Care (emilyfriedman.com)

[5] U.S. Department of Health and Human Services-Health Resources and Services Administration-Bureau of Health Professions, The Physician Workforce: Projections and Research into Current Issues Affecting Supply and Demand, (December 2008), 03.

والزيادات قصيرة الأجل في معدلات مدفوعات الرعاية الأولية والإضافية لـ Medicaid، لدعم الصحة المؤهلة اتحاديًا ومراكز لتقديم الخدمات الصحية الأساسية.

هناك المزيد من المرضى غير المؤمن عليهم وذوي الدخل المنخفض بنسبة 20٪ في العام 2020.[1] كما تشير التوقعات الأخرى إلى أن هناك حاجة إلى زيادة أقل في العرض إذا تم تحسين مشاكل التوزيع أو إذا كان هناك استخدام متزايد لمقدمي الخدمات من غير الأطباء وفي التمريض، توقع المتنبئون بالإجماع نقصًا كبيرًا في المستقبل؛ في توفير خدمات الرعاية الصحية[2]. يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية العديد من قطاعات الرعاية الصحية الرئيسية، بما في ذلك الصحة العامة، الرعاية الأولية، المتخصصة للمرضى الداخليين، وصحّة الأسنان، والصحة العقلية، والأدوية، الرعاية اللاحقة للحالات الحادة، والطويلة الأجل، والمخففة.

وبالتالي، يمكن استنتاج أن الوصول إلى هذه الخدمات والتنقل عبر الولايات المتحدة يختلف حسب نظام الرعاية الصحية واعتمادًا على الرعاية المطلوبة، وما إذا كان الفرد مؤمنًا أو غير مؤمن عليه. يميل الأفراد المؤمن عليهم إلى الدخول إلى نظام الرعاية الصحية من خلال الرعاية الأولية أو مقدم الخدمة المتخصصة. ليس لدى الأفراد غير المؤمن عليهم في كثير من الأحيان من يقدم لهم رعاية أولية منتظمة، ولكن بدلاً من ذلك يمكنهم زيارة المراكز الصحية المجتمعية وإدارات الطوارئ. وبسبب التكاليف، قد يكونون مترددين أو غير قادرين على طلب الرعاية، إلا إذا كانوا يعانون من حالة طارئة.

[1] Ibid.
[2] Weiner J," Expanding the US medical workforce: global perspectives and parallels". BM Journal, (7613):236–8, (2007): 335.

المبحث الثاني: دور المؤسسات في صنع السياسات الصحية الأمريكية

تتمّ عملية رسم السياسات الصحية الأمريكية وفق أسس منهجية مدروسة بدءا بالتشريع من خلال الكونغرس إلى التنظيم والتنفيذ عبر المؤسسات الحكومية وغير الحكومية وصولا إلى التقييم والتغذية الراجعة، تتطلب هذه العمليات موارد مادية وبشرية وفواعل ومكونات تتناغم في دورة حياة، ففي خضم التطورات والتغيرات الحاصلة من تزايد للمخاطر الاجتماعية والصحية أصبح الشغل الشاغل للساسة وصناع السياسة العامة كيفية إدارة هذه المخاطر، باستحداث قوانين وبرامج تستهدف توفير الرعاية الصحية والاجتماعية سواء منها (الآجلة أو العاجلة). وفي زخم هذه التفاعلات تتشكل ديناميكية المعترك السياسي بين مختلف الفواعل وترتيبات سياسية لاتخاذ القرارات الأمثل وإقرار البرامج الأنسب.

المطلب الأول: الهيآت التّشريعية للسّياسة الصّحية الأمريكية

إنّ عملية صنع السياسة الصّحية في الولايات المتحدة الأمريكية تخضع في مراحلها الأولى كما أي من السّياسات الأخرى عند تبنيها وبلورتها لقوانين تشرعنها وتنظّمها من خلال السلطة التشريعية وبقية الفواعل.

الفرع الأول: دور الكونغرس في سنّ قوانين السّياسات الصحية الأمريكية

يتميز الكونغرس الأمريكي بسلطة مستقلة ومنفصلة عن بقية السلطات بأتمّ معنى الكلمة، كما أن له ميزانية مستقلة قدرت اعتبارا من شهر ماي 2022 ب 5.9 ترليون دولار[1]، إذ يتم سنّ قوانين الصحة من خلال سلطة الكونغرس الذي يمثل الهيئة التشريعية، عبر تجاذبات مختلفة بين مختلف الفواعل التي تتنوع مشاربها وتختلف مصالحها من أحزاب سياسية وجماعات ضغط ومصالح، لا يختلف الأمر بالنسبة للسياسة الصحية حيث تشهد في الكثير من الأحوال صراع كبير وحاسم، سواء بالنسبة لإصدار القوانين أو بالنسبة لمختلف القواعد التنظيمية.

[1] Congressional Budjet Office, Budjet, Retrieved on July 07, 2022, https://www.cbo.gov/topics/budget

يتجسّد من خلال هذه المؤسسة التشريعية مفهوم السيادة واستقلالية السلطات حيث تنص المادة الأولى في الفقرة الأولى من الدستور الأمريكي الصادر عام 1789م شاملا تعديلاته لغاية 1992 " تناط جميع السلطات التشريعية الممنوحة هنا إلى كونغرس الولايات المتحدة، والذي يتألف من مجلس للشيوخ ومجلس للنواب"[1]. وفقاً لنص المادة الأولى من الدستور الأمريكي في فقرتها الأولى، حيث يعتبر أساس نظام الحكم في الولايات المتحدة الأمريكية، ويقوم بدور هام.

الجدير بالملاحظة أن الدستور الأمريكي لا يمنح للكونغرس سلطة سنّ خطط تأمين صحّي إلزامية، كما لا يمنح الدستور لأي شخص الحق في الرّعاية الصحية، بل لا يذكر الدستور حتى الرعاية الصحية. من هنا، يرى بعض القانونيين بأنّ الرّعاية الصّحية هي رفاهية فردية، وبالتالي، ليس لدى الحكومة الفيدرالية أيّ التزام قانوني لتوفيرها، أو إملاء حول كيفية تقديم الخدمة لحكومات الولايات. علاوة على ذلك، يقال إنّ التعديل العاشر يحتفظ بجميع الصلاحيات غير الممنوحة صراحة من قبل الكونغرس للولايات[2]. لذلك، وبذلك يمكن أن تقدم الولايات في الدولة الأمريكية رعاية صحية اجتماعية، إذا سمح لها مواطنوها بذلك.

في حين يرى الليبراليون التقدميون* أن المادة 01، القسم 08، من الدستور تمنح الكونغرس سلطة توفير "الرفاهية العامة". وأيضًا سلطة " تنظيم التجارة في المجال الصحي "، ويعتبر تسويق التّأمين الصحي نشاطًا تجاريًا. بالإضافة إلى ذلك، تمنح للكونغرس سلطة وضع جميع القوانين اللازمة والمناسبة لتنفيذ جميع السلطات الأخرى التي يخولها الدستور لحكومة الولايات المتحدة. وفقًا لذلك، على الرغم من أن الرعاية الصحية قد لا تكون حقًا، إلا أنها فائدة يمكن للكونغرس توفيرها للشعب كجزء من سلطاته الدستورية[3].

---

[1] دستور الولايات المتحدة الأمريكية لسنة 1789 شاملا لتعديلاته لغاية 1992، مسترجع بتاريخ 19 ديسمبر 2021، من موقع: https://bit.ly/3F70NaK

[2] Sunday E. Ubokudom, United States Health Care Policymaking (USA :University of Teledo, Springer Science + Business Media, 2012), 47.

* يؤمن الليبراليون التقدميون الأمريكيون بأفكار الفيلسوف "جون رازوز" John Rawlez التي تقوم على الحرية والعدالة وأن تقاسم الأعباء مصل الضرائب يتحملها الجميع، مع ضمان حرية التجارة وفقا لاقتصاد السوق.

[3] جامعة مينوسوتا، دستور الولايات المتحدة الأمريكية، مسترجع بتاريخ 30 جانفي 2022، http://hrlibrary.umn.edu/arabic/us-con.html

ونظرًا لعدم وجود حظر قانوني أو تشريعي رسمي للمشاركة الفيدرالية في صنع السّياسات الصّحية، فإنّ سلطة صنع السّياسة الصّحية على المستوى الوطني مقسّمة بين الفروع التنفيذية والتّشريعية والقضائية للحكومة. لذلك، فإنّ قدرة واضعي السّياسات الصحية على تحقيق أهدافهم المرجوة مقيدة بترتيب السّلطة قانونيا على المستوى الفيدرالي، وهو نظام يتم بموجبه تقسيم السلطة الحكومية بين الحكومة الوطنية وحكومات 50 ولاية[1].

مع ذلك تبقى تجاذبات صنع السياسة الصحية في الكونغرس قائمة، إذ يتعين على البيت الأبيض الذي يواجه غرفة تشريعية واحدة على الأقل يسيطر عليها حزب معارض أن يرسم استراتيجية مختلفة عما كان يفترض أن يُستخدم إذا كان حزب الرئيس يسيطر على المجلسين[2]. وهذا ينطوي على الاعتماد على حقّ النّقض وكسب التّأييد الشّعبي. وذلك لأنّ أعضاء الحزب المعارض سوف يضعون استراتيجية لهزيمة وإضعاف الرئيس وحزبه قدر الإمكان من أجل إلحاق الهزيمة بهم في الانتخابات القادمة.

تمرّ مشاريع السّياسة الصّحية لتصبح قوانين بمراحل عديدة كثيرا ما تتشابك، وصولا إلى توقيع الرّئيس، التي يمكن تلخيصها فيما يلي[3]:

1-صياغة مشروع القانون: تبدأ بتدوين عضو في مجلس الشّيوخ أو مجلس النّواب مسودّة تشريع أصلية، أو بطلب من جمعية تجارية أو أي مواطن عن طريق إعداد مشروع قانون، من خلال المساعدة في صياغته وتحريره، لكن عضو مجلس الشّيوخ أو مجلس النّواب هو الوحيد القادر على تقديم مشروع القانون. بعد الصياغة يسعى صاحب مشروع القانون إلى العثور على مساندة من زملائه لإضافة مصداقية أكبر إلى المبادرة.

2-يتمّ جدولة مشروع القانون عبر مجلس الشّيوخ و/أو مجلس النّواب ليُعطى المشروع رقمًا، كما تُنشر أسماء رعاته وعنوانه في سجل الكونغرس.

[1] Op. cit, Sunday E. Ubokudom, 48.
[2] Ibid, 48-49.
[3] Legislative Research Special Interest Section Law Librarians' Society, Washington, D.C., Inc. Retrieved on December 21, 2021, https://bit.ly/3pevRQf

3-يعهد البرلمانيون من مجلس النّواب ومجلس الشّيوخ بمشروع القانون إلى اللّجنة البرلمانية ذات الصّلاحية المناسبة، وبالتّالي يمكن لرئيس اللّجنة عندئذٍ أن يرسل مشروع القانون إلى اللّجنة الفرعية الأكثر صلاحية، فإذا عارض رئيس اللجنة مشروع التّشريع، بإمكانه عدم اتخاذ إجراء بشأنه[1].

4-من الممكن أنْ تعقد اللجنة الفرعية جلسات استماع حول مشروع القانون وتدعو إلى شهادات من شهود رسميين أو خاصين، يكون العديد من الشّهود رسميين من الفرع التنفيذي، وخبراء أو فرقاء معنيين بتأثير التّشريع من جمعيات المهن التجارية، والاتحادات العمالية، والجامعات، ومجموعات المصالح العامة أو مجتمع الأعمال. وتتاح للأفراد أيضًا فرصة إبداء وجهات نظرهم عن طريق الإدلاء بشهادات، أو عن طريق تقديم بيان مكتوب، أو عن طريق السماح لمجموعات المصالح بتمثيل وجهات نظرها، وهنا يلاحظ مدى تفعيل مبدأ التشاركية في الولايات المتحدة الأمريكية.

5-عندما تنتهي جلسات الاستماع، يمكن للجنة الفرعية أن تجتمع لإبداء الملاحظات على مشروع القانون، تكون هذه عملية عن طريق تقديم اقتراحات والبحث والتّقصي، ومن ثم إدخال التعديلات على مشروع القانون كما تكون قد تمت صياغته.

6-قد تكرّر أو تكمل اللّجنة الكاملة أي عمل من أعمال اللجنة الفرعية أو جميعها سواء في: جلسات الاستماع، إبداء الملاحظات، والتصويت. إذا صوّتت اللّجنة بتأييد مشروع القانون، يحوّل هذا الأخير إما إلى مجلس النواب بكامله أو إلى مجلس الشيوخ بكامله حسب المجلس الذي سوف ينظر في مشروع القانون.

7-عندما يصل مشروع القانون إلى قاعة مجلس النّواب أو مجلس الشيوخ، فيمكن لكامل أعضاء المجلس مناقشته. عند هذه النقطة، يصبح من المتاح إمّا إضافة تعديلات على المشروع، أو إعادته إلى اللّجان، أو التصويت عليه[2].

---

[1] Office of Art & Archives, United States Of Representatives, Parliamentarians of the House, Retrieved on June 25, 2022, https://history.house.gov/People/Office/Parliamentarians/

[2] Tony Zurlo, How the senate and house of the representatives create our laws, (USA: Enslow Publishers inc, 2013), 24.

8-إذا تمّ إقرار المشروع على يد مجلس النواب أو مجلس الشيوخ يُحال إلى المجلس الآخر مشروع القانون الذي أقرّ في مجلس النواب ويمكن أن يوضع مباشرة على تقويم مجلس الشيوخ، متجاوزًا بذلك مراجعات اللجنة الفرعية واللجنة الكاملة.

9-إذا أُقرّ المشروع بنفس الشّكل في كلّ من مجلسي النّواب والشّيوخ، يرفع إلى الرئيس. وفي حال كانت هناك اختلافات بين نسخة مجلس النواب ونسخة مجلس الشيوخ في مشروع القانون، يعين رئيس مجلس الشيوخ ورئيس مجلس النواب " لجنة مؤتمر" مشتركة لحل الاختلافات. إذا عجزت اللجنة عن التّوصل إلى اتفاق، يزول التّشريع. وإذا توصلت إلى اتفاق، يُرسل مشروع القانون مجددًا إلى المجلسين الذين يتوجب عليهما التّصويت عليه دونما تعديلات إضافية.

10-إذا وافق المجلسان على مشروع قانون لجنة المؤتمر المشتركة، يذهب المشروع إلى الرئيس للتوقيع عليه أمام الرئيس عندئذٍ أربعة خيارات[1]:

-أ توقيع المشروع ليصبح قانونًا؛

ب-عدم اتخاذ أي إجراء خلال فترة التئام الكونغرس في دورة عادية، وفي هذه الحالة يصبح مشروع القانون قانونًا بعد انقضاء عشرة أيام؛

ج -عدم اتخاذ أي إجراء خلال فترة انتهاء دورة الكونغرس، وفي هذه الحالة يموت مشروع القانون.

د – نقض مشروع القانون.

في حالة إذا نقض الرئيس أي مشروع قانون، بإمكان الكونغرس أن يحاول تجاوز هذا النقض. يتطلب ذلك تصويت ثلثي أعضاء كل من مجلسي الشيوخ والنواب[2]. وإذا فشل أي منهما في تحقيق أكثرية الثلثين لصالح التشريع، يلغى مشروع القانون. وإذا نجح الاثنان، يصبح مشروع القانون قانونًا رسميا.

[1] Ibid, 25.
[2] United States Senate. Votoes. Retrieved on March 05, 2022,

علاوة على إنشاء القوانين، فإن إحدى أهم نشاطات الكونغرس تكمن في الرقابة على الفرع التنفيذي. فقد يعقد الكونغرس جلسات استماع للتحقيق في عمليات وأعمال الفرع التنفيذي للتأكد من أنّ الأخير يطبق القانون بنزاهة[1].

ومن ثم يصبح القانون قابلا للتنفيذ، في خضم هذه المراحل تستخدم العديد من استراتيجيات صنع السياسة العامة من ضغط، إقناع، مساومة وغيرها من الآليات، رغبة من كل طرف في الحصول على مكاسب سياسية أو مصالح أخرى، هذا ما يحدث خاصة عندما تكون القوانين ذات أهمية كبيرة، وأبرز مثال على ذلك ما تمرّ به قوانين الرعاية الصحية، ومنها "أوباما كير" 2010 مع محاولات الحزب الجمهوري تعطيله أو إلغائه، في عهد الرئيس السابق أوباما ومن بعده في عهد الرئيس السابق "دونالد ترامب" وتوجيه انتقادات لاذعة للقانون. هذا التفاعل المحتدم يعكس المعترك السياسي الديمقراطي الذي يحرك ديناميكية صنع القرار في الولايات المتحدة الأمريكية، وصراع المصالح بين مختلف الفواعل سواء منها الرسمية أو غير الرسمية.

إذ أن الكونغرس يتمتع بثلاث سلطات مهمة تجعله مؤثرًا للغاية في عملية السياسة الصحية:

أ– يمنح الدستور للكونغرس سلطة وضع جميع القوانين التي يجب أن تكون ضرورية ومناسبة للتنفيذ، تنصّ السّلطات الضّمنية على أنه يجوز للكونغرس استخدام أي وسيلة معقولة لا يحظرها الدستور مباشرة لتنفيذ إرادة الشعب[2].

ب– يمتلك الكونغرس سلطة فرض الضرائب، مما يسمح له بالتأثير على السلوك الصحي للأفراد والمنظمات والولايات وتنظيمه، مثلا تهدف الضرائب المفروضة على السجائر إلى التقليل من استهلاك السجائر الفردية، في حين أن الإعفاء الضريبي لمزايا صاحب العمل مصمم لتعزيز زيادة التأمين للموظفين العاملين.

---

[1] US House of Representative. THE GENERAL PRINCIPLES OF CONGRESSIONAL OVERSIGHT. Retrieved on March 05, 2022, https://archives-democrats-rules.house.gov/archives/comm_gp_cong_oversight.htm

[2] United States of America. Analysis and interpretation of Constitution of the United States, US Congress. (USA: 2022).

ج– يمتلك الكونغرس القدرة على الإنفاق وتحديد الميزانية عن طريق تخصيص الموارد التي لا تسمح فقط بالنفقات المباشرة على الصحة العامة من خلال البرامج الفيدرالية، مثل ميديكير والمعاهد الوطنية للصحة، ولكنها تعطي أيضًا الكونغرس القدرة على حث الدولة على الامتثال لأهداف السياسة الفيدرالية. قد يصف الكونغرس الشروط التي بموجبها يوزع الأموال على الولايات، مثل تفويض العناصر الأساسية المطلوبة لبرنامج Medicaid الممول من الحكومة / الفيدرالية.

تتمثل هذه لجان الكونغرس فيما لا يقل عن 14 لجنة ولجنة فرعية في مجلس النواب، 24 لجنة ولجنة فرعية في مجلس الشيوخ، وأكثر من 60 هيئة تشريعية أخرى لها تأثير مباشر على التشريعات، تواجه مقترحات مجموعة الإصلاح التي تظهر من هذه اللجان تحديًا سياسيًا صعبًا، تتمثل في أنّ دراسة مشاريع القوانين والقضايا المرفوعة تكون منفصلة ويتم تمريريها في كل غرفة على انفراد، ثم العودة إلى كل غرفة للموافقة عليها. في مجلس الشيوخ، 41 بالمئة من الأعضاء يمكنهم إحباط وإلغاء العملية برمتها في أي وقت[1].

تسيطر خمس لجان – ثلاث في مجلس النواب واثنتان في مجلس الشيوخ – على معظم النشاط التشريعي في الكونغرس على القضايا التي تمت مناقشتها في الأقسام الفرعية التالية:

.1–لجان مجلس النواب: ينص الدستور على أن جميع مشاريع القوانين التي تنطوي على ضرائب يجب أن تنشأ في مجلس النواب. وتوجد لجان تضطلع بذلك، ومنها:

أ–لجنة الطرق والوسائل: تمنح سلطة فرض الضرائب. ومن ثمة، فإن لجنة الطرق والوسائل هي الأكثر تأثيرًا بحكم قدرتها على فرض الضرائب[2]. كانت هذه اللجنة نقطة انطلاق لكثير من تشريعات التمويل الصحي. لديها كذلك ولاية قضائية على الرعاية الطبية في الجزء ألف، والضمان الاجتماعي، والبطالة

---

[1] The Senate and the House of Representatives: lesson overview An overview of the structures, powers, and functions of the Senate and the House of Representatives. Retrieved on July 2022, https://www.khanacademy.org/humanities/us-government-and-civics/us-gov-interactions-among-branches/us-gov-congress-the-senate-and-the-house-of-representatives/a/lesson-summary-the-senate-and-the-house-of-representatives

[2] Marissa Jordan, on January 17, 2020, The House Ways and Means Committee, Explained, RANTTMEDIA, Retrieved on January 14th 2022, https://rantt.com/house-ways-and-means-committee-explained

والتعويض، والرعاية العامة، وإصلاح الرعاية الصحية. كما أنها تشترك في الولاية القضائية على الرعاية الطبية في الجزء باء مع مجلس النواب للطاقة ولجنة التجارة.

ب–لجنة التجارة: هذه الأخيرة لديها ولاية قضائية على ميديكيد في الرعاية الطبية في الجزء باء، ومسائل الصحة العامة، الصحة العقلية، وموظفي الصحة، الأطعمة والأدوية، وتلوث الهواء، وسلامة المنتجات الاستهلاكية، والتخطيط الصحي، والبحوث الطبية الحيوية، وحماية الصحة[1].

ج– لجنة الاعتمادات: أما هذه اللجنة فهي مسؤولة عن تمويل الأحكام التشريعية الموضوعية[2]، ومعنية بالعمل والصحة والخدمات الإنسانية والتعليم والوكالات ذات الصلة مسؤولة عن الاعتمادات الصحية. أساسا، هذه اللجنة تحمل سلطة محفظة مالية. فهذه اللجنة واللجنة الفرعية هي المسؤولة عن تخصيص توزيع الأموال الاتحادية لبرامج الصحة الفردية، باستثناء الرعاية الطبية والضمان الاجتماعي، والتي يتم تمويلها من خلال صناديق الائتمان كل منهما.

2– لجان مجلس الشيوخ: ومنها:

أ– لجنة العمل والموارد البشرية: لها ولاية على معظم فواتير الصحة، بما في ذلك الصحة العامة قانون الخدمة؛ الغذاء؛ الأدوية؛ مستحضرات التجميل؛ منظمات المجتمع المدني؛ العاملون الصحيون؛ وتشريعات الصحة العقلية (مثل قانون مراكز الصحة النفسية المجتمعية). وشملت هذه اللجنة سابقا لجنة فرعية على الصحة والبحث العلمي.

ب–لجنة المالية: ولجنتها الفرعية للصحة، على غرار الطرق والوسائل التابعة للجان مجلس النواب، فإن لجنة المالية لها ولاية قضائية على الضرائب والإيرادات[3]، بما في ذلك المسائل المتعلقة الضمان الاجتماعي، والرعاية الطبية، وصحة الأم والطفل و (الباب الخامس من قانون الضمان الاجتماعي). وهي مسؤولة عن

[1] Office of of the Unitd States Trade Representatives, Congressional Committees, Retrieved on April 14, 2022, https://ustr.gov/about-us/policy-offices/congressional-affairs/congressional-committees
[2] House Committee on Appropriation, Retrieved on February 01, 2022, https://appropriations.house.gov/about
[3] HHS, Retrieved on April 14, 2022, https://www.finance.senate.gov/chairmans-news/grassley-presses-hhs-fda-on-safety-and-quality-control-of-foreign-drug-manufacturing-facilities

العديد من الرعاية الطبية والتعديلات الطبية، والتعديلات التي تسيطر على تكاليف المستشفى ودور التمريض[1].

الفرع الثاني: أهم قوانين الصحة التي سنها الكونغرس

يمكن ذكر بعض هذه القوانين ومن أهمها[2] :

1. قانون تحسين جودة الرّعاية الصّحية لعام 1986 HCQIA: The Health Care Quality Improvement Act ، يوفر هذا القانون الحصانة للمهنيين الطبيين والمؤسسات الطبية أثناء إجراء التقييمات. نشأ القانون جزئيا بسبب حكم المحكمة العليا الذي ينطوي على إساءة استخدام الطبيب عملية مراجعة الأقران. وحتى سنة 2022، لا تزال اللجنة تتطور مع ظهور القانون في قاعات المحاكم، ويحكم القضاة بأحكام جديدة. المشرعون سنّوا القانون لحماية المهنيين الطبيين من الدعاوى القضائية المتعلقة بمراجعة النّظراء وتشجيع الأطباء على تقديم شكاوى رسمية بعد مواجهة سلوك غير مهني وخطير من الأقران[3].

2. قانون الرّعاية الطبية: يوفر برنامج الرعاية الطبية تغطية تأمينية لما يقرب من 50 مليون مواطن أمريكي لغاية سنة 2021. في 19 نوفمبر عام 1945 حشد الرّئيس هاري ترومان أعضاء الكونغرس للحصول على التمويل لتأمين جميع مواطني الولايات المتحدة الأمريكية[4]. وبعد عشرين عاما، نجح الرئيس جون كينيدي في توفير التغطية لكبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية. وحاليا، يتوقع مكتب الميزانية في الكونغرس أن البرنامج سيبقى إلى أجل غير مسمى بفضل إصلاحات الإنفاق الشاملة.

---

[1] Erin Bradrick, The Finance Committee: What is it and What Does it Do?, Published on: January 16, 2014, Retrieved on February 02, 2022, https://nonprofitlawblog.com/the-finance-committee-what-is-it-and-what-does-it-do/

[2] Regis College, 8 Important Regulations in United States Health Care, Retrieved on December 22, 2021 , https://online.regiscollege.edu/blog/8-important-regulations-united-states-health-care/

[3] Horner, S. L. “The Health Care Quality Improvement Act of 1986: Its History, Provisions, Applications and Implications”, American Journal of Law & Medicine, Cambridge University Press, 16(4),(1990): 455.

[4] National Archives, Presidential Years: (1945 - 1949), Retrieved on January 28, 2022, https://www.trumanlibrary.gov/education/trivia/presidential-years-1945-1949

3. مديكيد: Medicaid – قانون المساعدة الطبية: كما تضمن تشريع الرئيس جونسون لعام 1965 حكما لتوفير التأمين للأفراد ذوي الدخل المنخفض[1]. واليوم، يوفر برنامج Medicaid تغطية لأكثر من 70 مليون مواطن أمريكي. وفي عام 2014، سدد البرنامج للمستشفيات ما يقرب من 50 في المائة من جميع النفقات الطبية.

وتغطي الرعاية الطبية مختلف المتلقّين، مثل الأمهات الحوامل غير المؤمّن عليهن، والعمال العاطلين مؤقتا، والأفراد المعوّقين. وفي الآونة الأخيرة، أدّى تشريع جديد إلى خفض معدل غير المؤمن عليهم في البلاد إلى أقل من 9 في المئة، وهو ما يمثل أعلى معدل تغطية في تاريخ الولايات المتحدة الأمريكية.

4. برنامج التأمين الصحّي للأطفال: وإلى جانب برنامج الرعاية الطبية، أنشأ برنامج التأمين الصحي للأطفال أساسا قويا لتوفير التّغطية الصحية للأطفال الذين يعيشون في أسر معيشية منخفضة الدخل. وقد نشأ البرنامج بموجب قانون ترخيص التأمين الصحي للأطفال لعام 2009 (Children's Health (CHIPRA Insurance Program Reauthorization Act [2] الذي نجح في تقديم الخدمات للعديد من العملاء غير المؤهلين سابقا. البرنامج لديه تاريخ واسع من توفير تأمين للأطفال المحرومين ويتلقى التمويل من الولايات المعنية والحكومة الاتحادية. واليوم، يتيح قانون الرعاية الميسّرة التكلفة لهذه الخدمة لأكبر عدد من الأطفال ذوي الدخل المنخفض في تاريخ الولايات المتحدة.

5. برنامج تخفيض قراءات المستشفياتHospital Readmissions Reduction Program (HRRP): يتطلب برنامج خفض قراءات المستشفيات، وهو مبادرة قانون الرعاية بأسعار معقولة، من مراكز الرعاية الطبية وخدمات الرعاية الطبية (CMS) تقليل المدفوعات لمرافق الرعاية التي تعاني من قراءات مفرطة للمرضى[3]، بدأ هذا البرنامج في أواخر عام 2012 .

---

[1] Medicare Law of 1965 , Published: June 2, 2016, Downloaded on January 28, 2022, https://www.govinfo.gov/features/medicare-law

[2] Agency for Healthcare research and Quality, Page last reviewed March 2019, Retrieved on January 14, 2022, https://www.ahrq.gov/policymakers/chipra/index.html

[3] CMS, Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP), Retrieved on January 28, 2022, https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program

وتعرف القراءات بأنها "تكرار دخول المرضى إلى المستشفيات في فترة 30 يوما؛ والسماح باستثناءات لظروف محددة، مثل قصور القلب والالتهاب الرئوي، فضلا عن عوامل مثل سوء الصحة والأمراض المتعددة"[1].

6. قانون قابلية التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996: يحمي قانون قابلية التأمين الصحي والمساءلة Health Insurance Portability and Accountability (HIPAA) العمال الأمريكيين من خلال السماح لهم بحمل وثائق التأمين الصحي من وظيفة إلى أخرى[2]. كما يسمح البرنامج للعمال بالتقدم لمجموعة مختارة من خطط التأمين الصحي لاستبدال التغطية المفقودة والتكيف مع التغيرات الأسرية مثل الزواج والولادات والتبنّي[3].

وتمنع رابطة شركات التأمين من التمييز ضد مقدمي طلبات وثيقة التأمين بسبب مشاكل صحية. في بعض الحالات، إذا كانت شركة التأمين ترفض طلب العامل، يجوز للفرد التقدم بطلب للحصول على تغطية خارج فترة التسجيل العادية. بالإضافة إلى ذلك، يحافظ القانون على قوانين الدولة التي تحمي حقوق التأمين للعمال.

7. قانون سلامة المرضى وتحسين الجودة لعام 2005: يحمي قانون سلامة المرضى وتحسين الجودة The Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005 -PSQIA العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يبلغون عن ظروف غير آمنة. وضع المشرعون القانون لتشجيع الإبلاغ عن الأخطاء الطبية، مع الحفاظ على حقوق المرضى السرية لضمان خصوصية المريض، تفرض وزارة الصحة والخدمات الإنسانية غرامات على الانتهاكات السّرية[4].

---

[1] Matthew P. Donovan, MILITARY MEDICAL TREATMENT FACILITY SUPPORT OF MEDICAL READINESS SKILLS OF HEALTH CARE PROVIDERS (USA: Department of Of Defance February 7, 2020), 10.
healthcare system: A look at the future: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press.

[2] HHS.GOV, Summary of the HIPAA Security Rule, Retrieved on January, 28, 2022, https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/security/laws-regulations/index.html

[3] CDC, Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, Retrieved on January, 28, 2022, from: https://www.cdc.gov/phlp/publications/topic/hipaa.html

[4] U.S. Department of Health & Human Services, Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005 Statute and Rule, content last reviewed June 16, 2017, Retrieved on January 14, 2022, https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/patient-safety/statute-and-rule/index.html

كما يخوّل القانون وكالة أبحاث الرعاية الصحية وجودتها (AHRQ) لنشر قائمة بالمنظمات المعنية بسلامة المرضى (PSOs) التي تسجل وتحلل بيانات سلامة المرضى. ويطبق مكتب الحقوق المدنية القانون بين مرافق الرعاية الصحية الوطنية.

8. قانون الرعاية الميسّرة التكلفة لعام 2010: ACA أقرّ الرئيس باراك أوباما في مارس 2010 قانون الرّعاية الميسّرة التّكلفة، وهو نسخة معدلة إلى حد ما من التّغطية الشاملة التي تخيّلها الرؤساء السابقون منذ أوائل القرن العشرين. بموجب القانون، يتوجب على الشركات أن توظف أكثر من 200 عامل، ويجب أن توفر تغطية التأمين الصحي. كما أنشأ القانون بورصة الاستحقاقات الصحية الأمريكية، حيث يمكن للمواطنين مراجعة ومقارنة خطط التأمين[1]. ويتيح قانون الرعاية الميسورة التكلفة للعاملين في مجال الرعاية الصحية فرصة المشاركة في تشكيل تقديم خدمات المرضى.

يتكون من أكثر من 2500 صفحة و500.000 كلمة طويلة، كما تمت كتابة أكثر من 70.000 صفحة من التسجيلات، وقد أدى تنفيذ ACA إلى إنشاء العشرات من الوكالات والمجالس واللجان والكيانات الحكومية الأخرى، وتم تغيير أو تأجيل أجزاء عديدة من القانون[2]. يمكن أن يستفيد المجال الطبي من المدخلات التي تساعد على تقديم خدمات أفضل للمرضى المتزايدين مع تقليل نفقات الرعاية، وتشكل هذه القوانين قواعد عمل للمتعاملين في المجال الصحي، وتشرف وزارة الصحة والخدمات الإنسانية على تنظيمها ميدانيا[3].

9. قانون الرعاية الصحية لعام 2017: الذي أطلق عليه " ترمب كير"، الذي جاء باقتراح مشروع من قبل الرئيس الأمريكي لتعديل وإلغاء قانون الرعاية الميسّرة لسنة 2010.

[1] Manchikanti L, Helm Ii S, Benyamin RM & Hirsch JA, "A Critical Analysis of Obamacare: Affordable Care or Insurance for Many and Coverage for Few?", Pain Physician, 20(3) (2017 Mar): 112.
[2] Ibid.
[3] Laxmaiah Manchikanti, Standiford Helm II, Ramsin M. Benyamin, and Joshua A. Hirsch, A Critical Analysis of Obamacare: Affordable Care or Insurance for Many and Coverage for Few?, Health Policy Review, Pain Physician (2017): 112.

المطلب الثاني: الهيئات التنظيمية والتنفيذية للسياسة الصحية الأمريكية

تشكل القوانين التي يسنها الكونغرس إطارا أساسيا تشريعيا للسياسة الصحية، ولكنه يبقى في حاجة إلى قواعد تنظيمية ومؤسسات تقوم بتجسيده على أرض الواقع، كما يمكن ان تحدث تعديلات فرعية تتماشى مع التغيرات التي تطرأ من حين لآخر.

الفرع الأول: الهياكل التنظيمية للقطاع الصحي العام الأمريكي

–وزارة الصحة والخدمات الانسانية Department of Health and Human Services : تعدّ الوزارة المسؤولة عن تنظيم الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية، تختصر تحت اسم HHS تتبعها العديد من الوكالات، تتمثل مهمة وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأميركية في تعزيز صحة ورفاه جميع الأميركيين، من خلال توفير الخدمات الصحية والإنسانية الفعالة، وتعزيز التقدم السليم والمستدام في العلوم الأساسية للطب والصحة العامة والخدمات الاجتماعية. تتفرع إلى ثمانية من أصل أحد عشر إدارة تشغيلية تابعة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية كجزء من خدمة الصحة العامة. تخصص لهذه الوزارة ميزانية كبيرة قدرت ما بين سنوات 2020 إلى 2022 كما يلي:

الجدول رقم: 14–تطور ميزانية وزارة الصحة الأمريكية[1].

ميزانية وزارة الصحة الأمريكية بمليون دولار	ماي 2020	ماي 2021	سنة 2022
	1.723.681.000	1.639.407.000	1.637.872.000

المصدر : Fiscal Year 2022: Budget in Brief, US Department of Health and Human Services, USA, 2022, P 11

[1] Fiscal Year 2022: Budget in Brief, US Department of Health and Human Services, USA, 2022, 11

-دائرة الصحة العامة: تركز الصحة العامة على تعزيز الصحة على مستوى السكان من خلال التحقيق والتدخل في العوامل البيئية والاجتماعية والسلوكية في حالتي الصحة والمرض. ذلك يؤكد وقاية وتعزيز الصحة[1]. يتم تعزيز الصحة العامة في الغالب من خلال الوكالات العامة على المستوى الفيدرالي، وترأس خدمات الصحة العامة خدمة الصحة العامة الأمريكية، وهي إحدى أقسام وزارة الصحة. هناك العديد من التقسيمات الفرعية، تسمح القوانين الفيدرالية لوكالات الصحة بالولاية بتحديد نطاق ومقدار الخدمات وإنشاء وسائل تقديم هذه الخدمات[2] . نتيجة لذلك، تختلف الخدمات بشكل كبير عبر الولايات. هناك وكالات الصحة العامة المحلية على مستوى المقاطعة أو المدينة، تنفذ الإدارات الصحية العديد من وظائف الصحة العامة.

تشمل خدمات الصحة العامة الأمراض المعدية، الوقاية من المخاطر البيئية، التأهب والاستجابة في حالات الطوارئ للإرهاب، الصحة المهنية، وتعزيز الصحة والفحص، والترخيص، والتنظيم، والتخطيط للمرافق ومقدمي الرعاية الصحية. كانت الخدمات تعاني من نقص التمويل، ولكن من المتوقع أن يتم إدخال تحسينات مع صندوق الوقاية والصحة العامة التابع لبرامج الرعاية الميسّرة ACA والمخصص للصحة العامة والوقاية من الأمراض[3].

يتفرع عن دائرة الصّحة العامة التي تقوم بتنظيم الصّحة في الولايات المتحدة الأمريكية، وتنفيذ السياسات الصحية العامة العديد من الهيئات والوكالات والفروع المؤسسية التابعة لها، ومن بينها[4]

---

[1] Leiyu Shi, Douglas A. Singh, Delivering Health Care in America - A Systems Approach, 7th edition (USA: Jones & Bartlett Learning, 2019), 02.

[2] Eileen Salinsky, "Governmental Public Health: An overview of state and Local Public Health Agencies", National Health Policy Forum, (August 18, 2010) : 18.

[3] Jennifer Haberkorn, "The Prevention and Public Health Fund", Health Affairs, Robert Wood Johnson Foundation, (February 23-2012): 01.

[4] Department of Health and Human Resources, About HHS, Retrieved on December 02, 2021, https://www.hhs.gov/about/index.html

-المعاهد الوطنية للصحة(National Institutes of Health (NIH ، وهي جزء من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، وكالة الأبحاث الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية – لها اكتشافات مهمة في مجالات الصحة، وتعمل على تحسين الصحة وإنقاذ الأرواح[1].

-مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها Centers for Disease Control and Prevention . (CDC) يعمل مركز السيطرة على الأمراض على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع لحماية أمريكا من تهديدات الصحة والسلامة والأمن، سواء كان الخطر أجنبيًا أو في الولايات المتحدة، سواء كانت هذه الأمراض تبدأ في المنزل أو في الخارج، مزمنة أو حادة، قابلة للشفاء أو قابلة للوقاية منها[2].

خدمة الصحة الهندية. (Indian Health Service (IHS، هو قسم التشغيل داخل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، وهي الخدمة المسؤولة عن توفير خدمات الصحة الطبية والعام المباشر لأعضاء قبائل الأمريكيين الأصليين المعترف بهم في فيدرالية ألاسكا الأصليين، تقدم الرعاية الصحية للشعب الهندي[3].

-إدارة الغذاء والدواء(Food and Drug Administration (FDA ، مسؤولة عن حماية الصحة العامة من خلال ضمان سلامة وفعالية وأمن الأدوية البشرية والبيطرية والمنتجات البيولوجية والأجهزة الطبية؛ ومن خلال ضمان سلامة الإمدادات الغذائية ومستحضرات التجميل والمنتجات التي تنبعث منها الإشعاع[4].

–وكالة المواد السامة وسجل الأمراض. Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR)، يتم توجيهها بتفويض من الكونغرس لإجراء وظائف محددة فيما يتعلق بالتأثير على الصحة العامة للمواد الخطرة في البيئة. وتشمل هذه الوظائف تقييمات الصحة العامة لمواقع النفايات، والاستشارات الصحية المتعلقة بالمواد الخطرة المحددة، والمراقبة الصحية والسجلات، والاستجابة للإصدارات الطارئة

[1] The National Institutes of Health, Retrieved on February 22 , 2022, from: https://www.nih.gov/about-nih/who-we-are
[2] CDC, Role & Pledge, Retrieved on February 22, 2022, https://www.cdc.gov/about/organization/mission.htm
[3] HHS, Indian_Health_Service Retrieved on February 23, 2022, https://en.wikipedia.org/wiki/Indian_Health_Service
[4] FDA, What we do, Retrieved on February 23, 2022, https://www.fda.gov/about-fda/what-we-do

للمواد الخطرة، والبحوث التطبيقية لدعم تقييمات الصحة العامة، وتطوير المعلومات ونشرها، والتعليم والتدريب بشأن الخطورة[1].

-إدارة الموارد والخدمات الصحية.Health Resources and Services Administration (HRSA) ، توفر برامج رعاية صحية عادلة للأشخاص المعزولين جغرافيا والضعفاء اقتصاديا أو طبيا. ويشمل ذلك البرامج التي تقدم الخدمات الصحية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، والحوامل، والأمهات وأسرهم، وذوي الدخل المنخفض، وسكان المناطق الريفية، والهنود الأمريكيين، وسكان ألاسكا الأصليين، وأولئك الذين لا يستطيعون الحصول على رعاية صحية عالية الجودة[2].

-وكالة أبحاث الرعاية الصحية والجودة Agency for Healthcare Research and Quality . (AHRQ) تتمثل مهمة وكالة أبحاث الرعاية الصحية والجودة في إنتاج أدلة لجعل الرعاية الصحية أكثر أمانا وأعلى جودة وأكثر سهولة وإنصافا وبأسعار معقولة، والعمل داخل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية ومع شركاء آخرين للتأكد من فهم الأدلة واستخدامها[3].

-إدارة خدمات تعاطي المخدرات والصحة العقلية. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [4]، كما تم تعيين الأقسام الثلاثة الأخرى كوكالات خدمات بشرية وليست جزءًا من خدمة الصحة العامة، وهي: مراكز الرعاية الطبية والخدمات الطبية، إدارة الأطفال والعائلات، وإدارة الحياة المجتمعية.

يعتبر مساعد وزير الصحة هو المسؤول الأول عن خدمة الصحة العامة، حيث يحتوي مكتب مساعد وزير الصحة على الوكالات الأساسية التالي[5]

[1] ATSDR, Retrieved on February 23, 2022, https://www.atsdr.cdc.gov/about/index.html
[2] About HRSA, Retrieved on February 24, 2022, https://www.hrsa.gov/about/index.html
[3]AHRQ Profile, Retrieved on February 24, 2022,: https://www.ahrq.gov/cpi/about/index.html
[4] SAMHSA, Retrieved on February 24, 2022, https://www.samhsa.gov/about-us
[5] C. Stephen Redhead and Agata Dabrowska, Congressional Research Service, Overview and Funding (FY2010-FY2016), Public Health Service Agencies, CRS Report Committees of Congress, 2015, 01-02.

-المكتب الوطني لبرنامج اللقاحات (National Vaccine Program Office (NVPO، يعدّ البرنامج الوطني للقاحات جزء من مكتب سياسة الأمراض المعدية وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز (OIDP) والذي يقع في مكتب مساعد وزير الصحة، مكتب الوزير، وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS). تم إنشاء البرنامج الوطني للقاحات واللجنة الاستشارية الوطنية للقاحات في عام 1986 للامتثال للمادة 2105 من قانون خدمة الصحة العامة، وتشمل مسؤوليات البرنامج الوطني للقاحات: بحوث اللقاحات تطوير اللقاحات، اختبار سلامة وفعالية اللقاحات، ترخيص مصنعي اللقاحات، إنتاج وشراء اللقاحات، توزيع واستخدام اللقاحات، ضرورة وفعالية اللقاحات، الأحداث السلبية المتعلقة باللقاحات وأنشطة التحصين.

تنعكس هذه المسؤوليات في الخطة الوطنية للقاحات (NVP)، التي توفر إطارا، بما في ذلك الأهداف والغايات والاستراتيجيات، لمتابعة الوقاية من الأمراض المعدية من خلال التحصينات[1].

-مكتب صحة المراهقين (Office of Adolescent Health (OAH ، يوجد مكتب صحة المراهقين داخل مكتب مساعد وزير الصحة، يرأسه مدير يعينه الأمين. ويضطلع الأمين بهذا القسم من خلال مدير هذا المكتب، بواجبات فيما يتعلق بصحة المراهقين، يقوم الأمين بتنسيق جميع الأنشطة داخل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية التي تتعلق بالوقاية من الأمراض، وتعزيز الصحة، والخدمات الصحية الوقائية، والمعلومات الصحية والتثقيف فيما يتعلق بالاستخدام المناسب للرعاية[2].

-مكتب الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة (The Office of Disease Prevention (ODPHP and Health Promotion، يشجع مكتب الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة (ODPHP) جميع الأمريكيين على عيش حياة صحية ونشطة. وتحقيق ذلك من خلال وضع وتعزيز الأولويات الوطنية للصحة العامة، وترجمة العلوم إلى سياسات وإرشادات وأدوات، والعمل على تحسين محو الأمية الصحية والوصول العادل إلى معلومات صحية واضحة وقابلة للتنفيذ[3].

[1] About the National Vaccine Program , Retrieved on February 24, 2022, https://www.hhs.gov/vaccines/about/index.html
[2] Office of Adolescent Health, Retrieved on February 24, 2022, https://bit.ly/3kJ5tuW
[3] About ODPH, Retrieved on February 24, 2022, https://health.gov/about-odphp

–مكتب فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز وسياسة الأمراض المعدية (OHAIDP) ، Office of HIV/AIDS and Infectious Disease Policy، تتمثل مهمة مكتب سياسة الأمراض المعدية وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز (OIDP) في توفير القيادة الاستراتيجية والإدارة ، مع تشجيع التعاون والتنسيق والابتكار بين الوكالات الفيدرالية وأصحاب المصلحة للحد من عبء الأمراض المعدية[1].

–مكتب حماية البحوث البشرية The Office for Human Research Protections (OHRP) ، يوفر مكتب حماية البحوث البشرية القيادة في حماية حقوق ورفاهية ورفاهية الأشخاص المشاركين في الأبحاث التي تجريها أو تدعمها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية. ويساعد مكتب الممثل السامي لحقوق الإنسان على ضمان ذلك من خلال توفير التوضيح والتوجيه، وتطوير البرامج والمواد التعليمية، والحفاظ على الرقابة التنظيمية، وتقديم المشورة بشأن القضايا الأخلاقية والتنظيمية في البحوث الطبية الحيوية والاجتماعية السلوكية[2].

–مكتب صحة الأقليات Office of Minority Health(OMH) ، يكرس مكتب صحة الأقليات جهوده لتحسين صحة الأقليات العرقية والاثنية من خلال وضع سياسات وبرامج صحية من شأنها أن تساعد في القضاء على التفاوتات الصحية[3].

–مكتب شؤون السكان (OPA) مكتب شؤون السكان (Office of Population Affairs) هو جزء من مكتب الصحة العامة والعلوم في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة (HHS). وهو مسؤول عن الصحة الإنجابية، بما في ذلك حمل المراهقات، وتنظيم الأسرة، والعقم، فضلا عن القضايا السكانية الأخرى. تم إنشاؤه بموجب قانون صادر عن الكونغرس في عام 1970[4].

–مكتب نزاهة البحث (ORI) يشرف مكتب نزاهة البحوث (Office of Research Integrity) ويوجه أنشطة نزاهة البحوث في خدمة الصحة العامة نيابة عن وزير الصحة والخدمات الإنسانية باستثناء أنشطة

[1] Office of Infectious Disease and HIV/AIDS Policy , Retrieved on February 24, 2022, https://bit.ly/3seRi4Y
[2] About OHRP, Retrieved on February 24, 2022, https://www.hhs.gov/ohrp/about-ohrp/index.html
[3] About HRSA, Retrieved on February 24, 2022, https://www.hrsa.gov/about/index.html
[4] OPA, Retrieved on February 24, 2022, https://en.wikipedia.org/wiki/Office_of_Population_Affairs

نزاهة البحوث التنظيمية لإدارة الغذاء والدواء. من الناحية التنظيمية، يقع هذا المكتب داخل مكتب وزير الصحة والخدمات الإنسانية في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (HHS)[1].

-مكتب الجراحة العامة Office of the Surgeon General (OSG) يوفر للأمريكيين أفضل المعلومات العلمية المتاحة حول كيفية تحسين صحتهم وتقليل خطر المرض والإصابة. يشرف المكتب على فيلق من الأطباء المكلفين بخدمة الصحة العامة الأمريكية، وهم مجموعة من النخبة تضم أكثر من 6000 ضابط يرتدون الزي الرسمي وهم من المتخصصين في الصحة العامة. مهمته حماية وتعزيز الصحة[2].

-هيئة تكليف خدمة الصحة العامة: Public Health Autority هي الهيئة المسؤولة عن ضمان الصحة والسلامة العامة للوصول إلى المعلومات الصحية المحمية لتنفيذ مهمتها في مجال الصحة العامة. وتحتوي تقارير الصحة العامة التي تقدمها مختلف الكيانات، وهي وسيلة هامة لتحديد الأخطار التي تهدد صحة وسلامة الجمهور بوجه عام، فضلا عن الأفراد[3].

-مكتب صحة المرأة The Office on Women's Health (OWH) ، تأسس مكتب صحة المرأة في عام 1991 داخل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، ينسق المكتب جهود صحة المرأة عبر الوزارة المسؤولة ويعالج قضايا صحة المرأة الحرجة من خلال توجيه السياسات وتطويرها، وتثقيف المتخصصين في الرعاية الصحية والمستهلكين، ودعم البرامج المبتكرة[4].

-مجلس الرئيس للرياضة واللياقة والتغذية The President's Council on Sports, (PCSFN) Fitness & Nutrition ، هو لجنة استشارية اتحادية تهدف إلى تعزيز الأكل الصحي والنشاط البدني لجميع الأميركيين، بغض النظر عن الخلفية أو القدرة[5].

---

[1] ORI, About ORI, Retrieved on February 24, 2022, https://ori.hhs.gov/about-ori
[2] About OSG, Retrieved on February 25, 2022, https://www.hhs.gov/surgeongeneral/index.html
[3] P H A, Retrieved on February 25, 2022, https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/special-topics/public-health/index.html
[4] P H A, Retrieved on February 25, 2022, https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/special-topics/public-health/index.html
[5] PCSFN , Retrieved on February 26, 2022, https://health.gov/news/tag/pcsfn

تضطلع الدولة في الولايات المتحدة الأمريكية والولايات بمجموعة من وظائف الصحة العامة، على سبيل المثال: -ضمان المياه المأمونة ونقاء الغذاء. -وضع تدابير الحجر الصحي ومراقبة الحدود لوقف انتشار الأمراض المعدية. - تنظيم الطرق وأماكن العمل للحد من خطر الإصابات. -سن تشريعات تهدف إلى الحد من التلوث البيئي والضوضاء. -وضع معايير لملصقات الأغذية ومستوى الرصاص في البنزين والقطران والنيكوتين في السجائر. -تنظيم وترخيص الصناعات بالإضافة إلى إجبارهم على تبني تقنيات مختلفة لأسباب تتعلق بالصحة العامة[1].

يتم تنفيذ هذه القوانين وتنظيمها على أرض الواقع من خلال هيئات مختصة تتبع دوائر حكومية، يكون ذلك بعد سن وتشريع القوانين من قبل الكونغرس وتوقيع رئيس الولايات المتحدة الأمريكية عليها.

الفرع الثاني: دور المؤسّسات العامة والخاصة في تفاعلات السياسات الصحية

منذ تأسيسها في 11 أفريل 1953 حملت اسم وزارة الصحة والتعليم والشؤون الاجتماعية، ثم تمّ تغير اسمها تحت اسم وزارة الصحة والخدمات الانسانية، في عام 1960 قامت هذه الوزارة بتولّي شؤون الصحة من خلال وكالاتها المختلفة التي بدورها تنظمها قوانين ولوائح، في 04 ماي 1980 أصبح اسمها وزارة الصحة والخدمات البشرية أو الانسانية[2]، على الرغم من أن وزارة الصحة تمثل هيمنة القطاع العام فإن للقطاع الخاص دوره المهم والكبير جدا، بل يستحوذ على حيّز كبير من مجالات الخدمات والرعاية الصحية.

في الرعاية الصحية بالولايات المتحدة يشتري دافعو الضرائب العامة والخاصة خدمات الرعاية الصحية من مقدمي الخدمة الخاضعين للوائح التي تفرضها الحكومة الفيدرالية، وحكومات الولايات، وكذلك المنظمات التنظيمية الخاصة. ويكون ذلك عبر التفاعل بين أربعة فاعلين رئيسيين: (1) الحكومة، (2) التأمين الخاص، (3) المزودون، و(4) الهيئات التنظيمية، بالإضافة إلى أنواع العلاقات التي تربطهم[3] .

---

[1] Op. Cit, Kent Buse, Nicholas Mays and Gill Walt, 49.

[2] ويكيبيديا، وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، تم الاطلاع بتاريخ 14 جانفي 2022، من موقع:

[3] Andrew J. Barnes, Lynn Y. Unruh, Pauline Rosenau, & Thomas Rice, Health System in the USA (USA: National Library of Medicine, 2020), 08.

تتمثل الجهات الحكومية الفاعلة في تلك الموجودة على المستوى الفيدرالي، الولاية، والمستوى المحلي. تتبع كل من الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات فروع تنفيذية، تشريعية وقضائية، وهي تحت وصاية الفرع التنفيذي للحكومة الفيدرالية. تضطلع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (HHS) بأكبر دور إداري في نظام الرعاية الصحية بالولايات المتحدة، عبارة عن وكالات ومراكز تدير برنامجين رئيسيين للتأمين الصحي العام، وبرامج مثل Medicare أي الرعاية الطبية، و Medicaid أي المساعدة الطبية، يوفر Medicaid تغطية شبه شاملة لمن هم فوق 65 سنة من كبار السن، وكذلك المعوقين والمصابين بمرض كلوي في المرحلة النهائية، وذلك بالاعتماد على هذا البرنامج، وبرامج التأمين الصحي للأطفال، توفر هذه البرامج في المقام الأول التأمين لبعض الأسر منخفضة الدخل وذوي الإعاقة[1] .

بدوره يغطي برنامج Medicaid أيضًا خدمات الرعاية طويلة الأجل بعد أن يستنفد الأفراد جميع دخلهم وأصولهم، يعمل هذا البرنامج جنبًا إلى جنب مع Medicare، وبعض الوكالات الأخرى داخل وزارة الصحة والموارد الانسانية HHS، ومنها الوكالات البحثية والتنظيمية مثل وكالة الرعاية الصحية ووكالة البحث والجودة، ومراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، وإدارة الغذاء والدواء، والمعاهد الوطنية للصحة، ومكتب شؤون المحاربين القدامى الذي يشرف على قدامى المحاربين وإدارة الصحية لتوفير الرعاية للمحاربين القدامى العسكريين، وهي وكالة فيدرالية مستقلة عن وزارة الصحة والموارد الإنسانية[2] .

تقوم حكومات الولايات، جنبًا إلى جنب بدعم من الأموال المقدمة من قبل الحكومة الفيدرالية بشراء خدمات الرعاية الصحية من خلال "ميديكيد" وبرنامج أخرى، على الرغم من أن كلا البرنامجين تديرهما الدولة. تشارك كل من حكومة الولاية والحكومات المحلية أيضًا بتوفير الرعاية الصحية بعدد من الطرق التي تجعل من الممكن للأفراد والأسر من ذوي الدخل المنخفض وغيرهم من المحرومين الحصول على الرعاية. يشمل ذلك تشغيل المستشفيات العامة، وكذلك تقديم الخدمات الطبية والوقائية من خلال إدارات الصحة

[1] HHS.govU.S, Department of Health & Human Services, Who is eligible for Medicaid?, Retrieved on January 14, 2022, https://www.hhs.gov/answers/medicare-and-medicaid/who-is-eligible-for-medicaid/index.html
[2] HHS.govU.S, Department of Health & Human Services, HHS Agencies & Offices, Retrieved on January 14, 2022, https://www.hhs.gov/about/agencies/hhs-agencies-and-offices/index.html

الحكومية والمحلية والعيادات المرتبطة بها ومراكز الصحة المجتمعية بالإضافة إلى المشترين الحكوميين، كما تقوم شركات التأمين الخاصة والأفراد بشراء خدمات الرعاية الصحية.[1]

تمّ تصنيف خطط التأمين الخاص في الولايات المتحدة الأمريكية تاريخيًا إلى ثلاثة أنواع: خطط صحية منظمة الصيانة Health maintenance organizations ، "HMO" التي توفر أو تتعاقد لتوفير رعاية تحت إدارة منظمة، وخطط صحية منظمة خاصة بالمزود المفضل Preferred Provider Organization "PPO" التي تتعاقد مع شبكة مفضلة من مقدمي الخدمة تكون الرعاية فيها بتكاليف أقل، وخطط خصم عالية High Deductible Health Plan التي تقدم عادةً أقساط أقل ولكن خصومات أعلى من صناديق المرضى حيث الغالبية العظمى من الأمريكيين الذين لديهم تأمين خاص يحصلون عليه من خلال صاحب العمل[2] .

1-على المستوى الفيدرالي: أدى قانون حماية المريض والرعاية الميسّرة (ACA) الذي تم توقيعه ليصبح قانونًا في 23 مارس 2010 إلى تغييرات كبيرة في نظام الرعاية الصحية بالولايات المتحدة، بما في ذلك إنشاء التأمين الفيدرالي والتأمين على مستوى الولاية للأفراد الذين ليس لديهم إمكانية الوصول إلى التأمين العام أو التأمين المعتمد على صاحب العمل لشراء تغطية خاصة وفقًا للقانون. على الرغم من ذلك، فإن التخطيط الصحي المنسق من قبل مختلف الجهات الفاعلة لم يتم تطويره بدرجة عالية[3]. هذا نظرا لطبيعة التعددية ونظام السوق للرعاية الصحية في الولايات المتحدة.

ومع ذلك، فإنّ التخطيط لحالات الطوارئ والكوارث الطبيعية يحظى باهتمام جاد في كل من الحكومة والقطاع الخاص. على سبيل المثال، تخطط مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها للاستجابة الوطنية والدولية لحالات الطوارئ الصحية العامة[4]. تندرج المنظمات التنظيمية الفيدرالية الرئيسية تحت مظلة "وزارة

---

[1] Tang N, Eisenberg JM and Meyer GS, "The roles of government in improving health care quality and safety", Jt Comm J Qual Saf, 30 (1)، (2004 Jan): 50. doi: 10.1016/s1549-3741(04)30006-7. PMID: 14738036.

[2] The ABCs of HDHPs, PPOs, EPOs and HMOs, October 22, 2021 | Benefits 101 | By Nayya Marketing Team, Retrieved on January 14, 2022, https://nayya.com/blog/the-abcs-of-hdhps-ppos-and-hmos

[3] Multiple Sclerosis Association of America, Changes Made by the ACA, Retrieved on January 14, 2022, https://healthinsuranceguide.mymsaa.org/affordable-care-act/changes/

[4] Centers for Disease Control and Prevention, Official Mission Statements & Organizational Charts, Retrieved on January 14, 2022, https://www.cdc.gov/about/organization/cio-orgcharts/index.html

الصحة والخدمات الانسانية" وتشمل تنظيم المدفوعات العامة لمقدمي الخدمات من القطاع الخاص وجودة المزود ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، والتي تركز على الوقاية والسيطرة على الأمراض المعدية وغير السارية وإدارة الغذاء والدواء، التي تنظم الغذاء وسلامة الأدوية. تشمل الهيئات التنظيمية الحكومية إدارات الصحة العامة، ومجالس ترخيص المزودين، ومفوضي التأمين[1] .

2-أما على المستوى المحلي، فإن تنظيم الرعاية الصحية على مستوى المقاطعات المحلية يتم من خلال إدارات الصحة العامة والخدمات الصحية بما في ذلك تنظيم الأمراض المعدية وسلامة المطاعم. تلعب المنظمات غير الحكومية المستقلة والمنظمات الموفرة مثل الجمعية الطبية الأمريكية (للأطباء) واللجنة المشتركة (للمستشفيات) دورًا تنظيميًا في نظام الرعاية الصحية في ولايات الولايات المتحدة الأمريكية[2].

في المحصلة فإنّ السياسات الصحية المنتهجة في الولايات المتحدة الأمريكية ليست وليدة القرن الواحد والعشرين، بل ترجع إلى جذور تاريخية ممتدة تتقاطع مع السياسات الاجتماعية التي شهدت تطورا في أوربا وانتقلت إلى العالم الجديد، غير أنها تختلف عنها في تبني الأمريكيين لأيديولوجيات ميزت سياساتهم الاجتماعية والصحية بفعل تأثير الفلسفة البراغماتية القائمة على النهج الليبرالي واقتصاد السوق. ما جعل نفقات التغطية الصحية أكثر تكلفة مع التركيز على الجودة والنوعية ما خلق إشكال حول التغطية الشاملة لكل الشرائح الاجتماعية في المجتمع الأمريكي.

يعتبر الكونغرس الأمريكي مصدر التشريعات في سن تلك السياسة الصحية والقواعد التنظيمية على المستوى الفيدرالي ومتابعة سيرها من خلال لجان مختصة، كما أن للهيئات التشريعية المحلية واللجان المنبثقة عنها على مستوى الولايات دور مهم وفاعل في إقرار القواعد التنظيمية حسب كل ولاية وما يناسبها، مما يصبغها بنوع من الاستقلالية، كما تسهم العديد من الفواعل غير الرسمية بدور مهم في التمويل وفي تقديم الرعاية والتغطية الصحية، وفقا للمبادئ والأهداف العامة للسياسة الصحية والاجتماعية ما يجعل عمليات صنع السياسة الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية عملية معقدة من حيث التفاعلات والتجاذبات.

---

[1] Ibid.
[2] Edward L Bort, “The Objectives of the American Medical Association”, the Journal of American Medical Association, Vol 134 N O7, (14 June 1947): 569.

المطلب الثالث: مقوّمات صنع السّياسات الصّحية الأمريكية

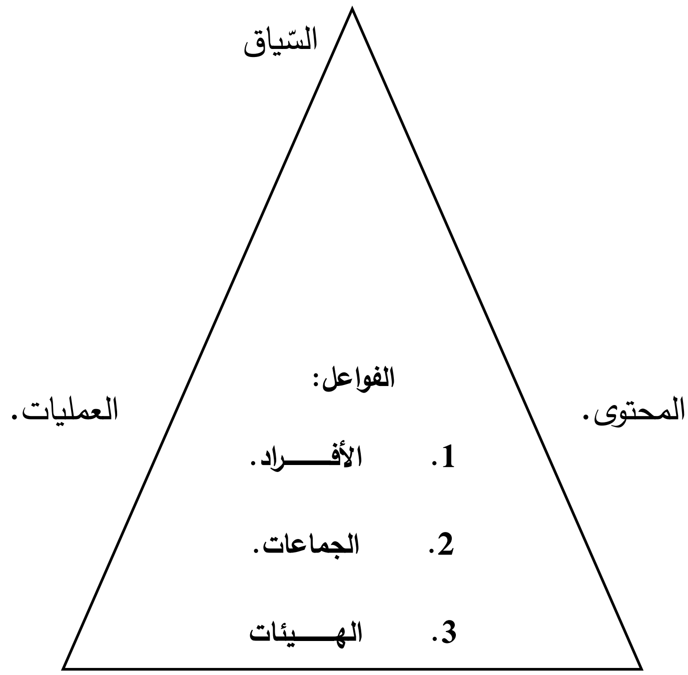
إن عملية رسم السّياسة الصحية تتأثّر بالعديد من التّفاعلات بين مختلف الفواعل سواء منها الرسمية أو غير الرسمية، إضافة إلى المتغيّرات البيئية الداخلية والخارجية في مختلف مراحل صنعها، انطلاقا من رفع المشكلة إلى غاية بلورتها واستراتيجيات اتخاذ القرار وتنفيذه، ولاحقا عمليات التّقييم والتّقويم، وعند إقرار القوانين وانفاذها فإنّ البرامج وخاصة المتعلقة بالرعاية الصحية والاجتماعية تتطلب ميزانيات وأدوات مختلفة وصولا إلى الإقناع الأخلاقي لتطبيقها سواء عن طريق الإغراء المالي أو القواعد الملزمة والإكراه عن طريق فرض الضرائب والغرامات المالية؛ تماشيا مع تطورات السوق والبيئة المحيطة، عادة ما يتم تطوير البرامج والمشاريع ضمن سياق عام تؤثر فيه مجموعة من العوامل.

الفرع الأول: العوامل المؤثرة في صنع السياسات الصّحية الأمريكية

تتعدّد وتتنوع فواعل صنع السّياسة الصحية الأمريكية في خضم تنافسها وصراعها منتهجة استراتيجيات مختلفة للتأثير، من مساومة وتشكيل التحالفات والمنافسة والصراع إلى التعاون والإقناع وحتى فرض الأوامر في الكثير من الأحيان، ولفهم هذه التفاعلات والعمليات يمكن في البدء تحديد الإطار العام للسياسة الصحية الأمريكية الذي يتأثر بالسياق العام للسياسة الصحية وتتفاعل ضمن المثلث الصحي.

يشكل المثلّث الصّحي تشابكا للعلاقات الداخلية التي تتفاعل من خلالها فواعل السياسة الصحية الأمريكية، فعلى الرغم من أنّ مختلف الفواعل تظهر كأنّها مستقلة تماما إلاّ أنّها عمليا تتقاطع وتتشابك، تتأثر وتؤثر في بعضها البعض في إطار عام يشكل عوامل عديدة ثقافيا، اقتصاديا، اجتماعيا، محليا، وطنيا ودوليا، انطلاقا من خلفيات تاريخية ومرجعيات ايديولوجية وسياسية تندرج ضمن مجموعة من المحددات والأبعاد تسير وفق سياق ونظام عام يتشكل منه النظام الصحي الأمريكي.

الشكل: 08 – مثلث التحليل الصحي[1].



Source: Kent Bruse, Nicolas Mays and Gill Walt, P 08.

يشير السّياق في السياسة الصحية الأمريكية إلى مجموعة من العوامل المنهجية – السياسية والاقتصادية والاجتماعية، الوطنية والعالمية على حد سواء – والتي قد يكون لها تأثير على السياسة، ويتم تصنيفها وفق طرق مختلفة، ومن أبرزها طريقة ليشتر Liechter ، ومنها[2] :

• العوامل الظرفية: عبارة عن ظروف عابرة أو غير دائمة أو حوادث متميزة، والتي يمكن أن يكون لها تأثير على السياسة (مثل الحروب والجفاف)، يطلق عليها اسم "تركيز الأحداث"، وقد يكون حدثًا لمرة واحدة، مثل الزلزال الذي يؤدي إلى تغييرات في لوائح وطرق بناء المستشفيات للتأقلم مع تلك الظروف. على سبيل المثال، أدى ظهور وباء فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز (الذي استغرق وقتًا حتى يتم الاعتراف به على أنه وباء على نطاق عالمي) إلى إطلاق علاج جديد وسياسات مكافحة السل بسبب العلاقة المتبادلة

[1] Op. Cit, Kent Bruse, Nicolas Mays and Gill Walt. 08.
[2] Ibid, 11

بين هذين المرضين. فالأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية هم أكثر عرضة للأمراض، ويمكن أن يتسبب فيروس نقص المناعة البشرية في الإصابة بالسلّ الكامن، كذلك الحال مع انتشار فيروس كوفيد 19، الذي أدّى إلى انتهاج طرق عديدة في النظام الصحي الأمريكي وإقرار قوانين وممارسات جديدة.

• العوامل الهيكلية: هي العناصر غير المتغيرة نسبيًا في المجتمع التي قد تشمل النظام السياسي، ومدى انفتاحه أو انغلاقه والفرص المتاحة للمجتمع المدني للمشاركة في مناقشات السياسات والقرارات؛ قد تشمل العوامل الهيكلية أيضًا نوع الاقتصاد وقاعدة التوظيف[1] .

على سبيل المثال، عندما تكون أجور الممرضات منخفضة، أو يوجد عدد قليل جدًا من الوظائف لأولئك الذين تلقوا التدريب، قد تعاني البلدان من هجرة هؤلاء المهنيين إلى بلدان أخرى حيث يوجد نقص. كما تشمل العوامل الهيكلية الأخرى التي تؤثر على السياسة الصحية للمجتمع السّمات الديموغرافية أو التقدم التكنولوجي.

على سبيل المثال، البلدان التي بها عدد كبير من السكان لديها تكاليف عالية في المستشفيات والأدوية بالنسبة لكبار السن، حيث تزداد احتياجاتهم مع تقدم العمر، ما أدى إلى التغيير التكنولوجي.

• العوامل الثقافية: تؤثر أيضًا على السياسة الصحية، ففي المجتمعات التي يكون فيها التسلسل الهرمي الرسمي مهمًا، قد يكون من الصعب استجواب أو تحدي كبار المسؤولين أو رجال الدولة الأكبر سناً. قد يؤدي وضع الأقليات العرقية أو الاختلافات اللغوية إلى أن تكون مجموعات معينة على عدم دراية بحقوقهم، أو الخدمات التي لا تلبي احتياجاتهم الخاصة[2]. في بعض البلدان حيث لا تستطيع النساء الوصول بسهولة إلى الخدمات الصحية (لأنه يجب أن يرافقهن أزواجهن) أو حيث توجد وصمة عار كبيرة بشأن المرض

[1] PESTLEANALYSIS CONTRIBUTOR, Political Factors Affecting Business, FEB 24, 2015, Retrieved on January 29, 2022, https://pestleanalysis.com/political-factors-affecting-business/

[2] مركز جيل للبحث العلمي ومحمد جلال حسين، "المعتقدات والممارسات الثقافية وأثرها على الحالة الصحية للأوغنديين: دراسة ميدانية في الأنثروبولوجيا الطبية"، مجلة جيل العلوم الانسانية والاجتماعية 46، (2018)، 55، مسترجع بتاريخ 29 جانفي 2022، من موقع: https://bit.ly/3563vAN

(على سبيل المثال، السل أو فيروس نقص المناعة البشرية)، ولذا طوّرت بعض السلطات أنظمة من الزيارات المنزلية أو "خطوة من الباب" لتفادي هذا الحاجز الثقافي.

كما يمكن للعوامل الدينية أيضًا أن تؤثر بقوة على السياسة، مثل إصرار الرئيس جورج دبليو بوش في أوائل العقد الأول من القرن الحادي والعشرين على الترويج للامتناع الجنسي على توصيل وسائل منع الحمل أو الوصول إلى خدمات الإجهاض. أثر هذا على السياسة في الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك العديد من البلدان الأخرى، حيث تم تقليص خدمات الصحة الإنجابية للمنظمات غير الحكومية بشكل كبير، أو تم قطع تمويلها من قبل الولايات المتحدة الأمريكية إذا فشلوا في الامتثال للأعراف الثقافية للرئيس الأمريكي "بوش" . كما أقر قانون الرعاية الميسّرة مراعاة الحواجز الدينية في المجتمع الأمريكي[1].

• العوامل الدولية أو الخارجية: وهي التي تؤدي إلى زيادة الاعتماد المتبادل بين الدول، والتأثير على السيادة والتعاون الدولي في مجال الصحة، على الرغم من أن العديد من المشاكل الصحية يتم التعامل معها من قبل الحكومات الوطنية، فإن البعض يحتاج إلى تعاون بين المنظمات الوطنية أو الإقليمية أو إطار عمل السياسة الصحية. على سبيل المثال، تم القضاء على شلل الأطفال في أجزاء كثيرة من العالم من خلال العمل الوطني، وأحيانا بمساعدة المنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية، ما أدى إلى ظهور مفهوم الدبلوماسية الصحية العالمية[2].

مع ذلك، حتى لو تمكنت دولة واحدة من تلقيح جميع مواطنيها ضد وباء معين، فإنه يمكن انتقال الفيروسات والأوبئة الممتدة من قبل الأشخاص الذين لم يتم تلقيحهم عبر الحدود من دولة مجاورة أو دول أخرى، ولذا أصبح التعاون في مجال الصحة ضروريا على المستوى الدولي. وأصبح لمنظمة الصحة العالمية وغيرها من المنظمات دورا فعالا في رسم الاستراتيجيات الصحية وتقديم الإرشادات والمعلومات.

---

[1] الأيام 24، بي بي سي عربي، الإجهاض لماذا قد تكون النساء السودوات أكثر تأثرا بتقييده في الولايات المتحدة، مسترجع بتاريخ 29 جانفي 2022 من موقع: https://www.alayam24.com/articles-375021.html

[2] جنيد نابي، دفاعا عن الدبلوماسية الصحية العالمية، في: موقع جريدة البيان الإماراتية، 24 فبرير 2020، مسترجع بتاريخ 02 ماي 2022، https://www.albayan.ae/opinions/knowledge/2020-02-24-1.3785673

الفرع الثاني: مكونات دورة حياة السياسات الصحية الأمريكية

تسهم العوامل سابقة الذكر بدورها في تشكيل وتنفيذ السياسة الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية وفقا لمنظار إدارة المخاطر من خلال دورة السياسة التي تتكون من خمسة مكونات: 1) رفع القضية، 2) تصميم السياسة، 3) الدعم العام، 4) صنع القرار التشريعي، ودعم السياسات، 5) صنع القرار التشريعي وتنفيذ السياسات[1]، ثم المتابعة والتقييم والتغذية الراجعة مشكلة بذلك دورة حياة سياسية، على المستويين الفيدرالي والمحلي:

أ- **فيدراليا:** تتم هذه الدورة وفق مراحل تشكل مكونات في عملية إدارة المخاطر الاجتماعية، وتتم كما يلي:

-**المكون الأول،** هو رفع المشكلات الصحية التي تعتبر جزءا من المشكلات الاجتماعية كأول خطوة، حيث يسبق تشريع السياسة الجديدة مجموعة متنوعة من الإجراءات التي تخلق إحساسًا واسع النطاق بأن المشكلة موجودة، وتحتاج إلى معالجة وقياس مستوى خطورتها ومخاطرها الاجتماعية والاقتصادية المتوقعة، ومدى إمكانية تفعيل الإنذار المبكر عبر المراصد الاجتماعية المختصة في الدوائر الحكومية ومراكز البحث والدراسات العامة والخاصة[2]. حيث يجوز للرئيس الأمريكي وغيره من المسؤولين الساميين تشكيل مفاهيم السياسة الصحية من مصادر متنوعة، بما في ذلك: -المعلومات؛ -التوصيات من المستشارين وأعضاء مجلس الوزراء ورؤساء الوكالات؛ -الاهتمامات شخصية؛ -آراء الخبراء؛ -استطلاعات الرأي العام بدرجات متفاوتة وغيرها.

-**المكون الثاني،** تصميم مقترحات سياسية محدّدة، فالرؤساء والقائمون على إدارة المخاطر الاجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية لديهم موارد كبيرة لوضع مقترحات سياسية جديدة، وسيناريوهات متعلقة بإدارة المخاطر الصحية، ولإيجاد بدائل لمعالجتها من خلال التحويل أو التخفيف أو المواجهة. ربما يستدعون أقسامًا من السلطة التنفيذية أو من فروع الحكومة، مثل مراكز الرعاية الطبية والخدمات الطبية وموظفي

[1] American University of Antigua , what is the process of legislative health policy, Retrieved on 12th January 2022, from: https://www.coursehero.com/file/p3dka0n5/9-What-is-the-process-of-legislative-health-policy-in-the-United-States-The/

[2] صنع وصياغة سياسات الرعاية الاجتماعية، مسترجع بتاريخ 14 جانفي 2022 من موقع: https://bit.ly/3GvjQwa

السياسات داخل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية ومراكز الرعاية الاجتماعية. كما يوجد هناك بديل- والذي كان مفضلًا من قبل كل من الرئيسين جون كينيدي وليندون جونسون - وهو استخدام فرق عمل خارجية لبناء الدعم العام.

-**المكون الثالث**، الدعم العام، الذي يشكل المكون الثالث في دورة حياة السياسة الصحية لإدارة المخاطر الاجتماعية، حيث يمكن للرؤساء والمكلفين بإدارة المخاطر الاجتماعية الاختيار من بين مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات والبدائل، بما في ذلك العناوين الرئيسية للأمة وجهود المبذولة لتعبئة إدارتهم لتقديم طلبات عامة ومحاولات منظمة لزيادة الدعم بين مجموعات المصالح.

- **المكون الرابع**، من خلال تشريع القوانين عبر الكونغرس عن طريق لجانه المختلفة، بهدف إضفاء المشروعية على البديل والقرار المتخذ حتى يمكن توفير الموارد المادية للميزانية.

-**المكون الخامس**، الذي يتمثل في التنفيذ وذلك عبر تطبيق برامج تشمل الوقاية والعلاج والإجراءات الاستباقية لمواجهة المخاطر الصحية عن طريق خطط قصيرة أو متوسطة أو بعيدة المدى[1].

إجمالا يمكن اختصار العمليات السياسية للسياسة الصحية ضمن إطارها العام، كما يلي:

1- سنّ القوانين الصحية: لتسهيل صنع القرار التشريعي وبناء دعم السياسات، يتفاعل الرؤساء والموظفون الرئيسيون ومسؤولو القسم بشكل وثيق مع الكونغرس. يلتقي الرؤساء بشكل عام مع القادة التّشريعيين عدة أيام كلّ شهر لتشكيل جدول الأعمال التّشريعي القادم وتحديد المشاكل المحتملة مع تمرير مشاريع القوانين من خلال لجان مختلفة، حيث يضطلع الفرع التشريع بسن السياسات الصحية ويخصص الموارد اللازمة لتنفيذها.

2- تنفيذ السياسة الصحية: بعدما يتم توقيع القانون يتم إحالته للوكالات والفروع التنفيذية المختصة عبر منافذ بيروقراطية متعددة ومعنية بالتنفيذ، كما يستوجب كتابة اللوائح، بالتفصيل مع تحديد ما يجب على الكيانات المتأثرة بالتشريع أن تفعله للامتثال لها. خلال هذه العملية، قد يؤثر السياسيون أو مجموعات

[1] The Formulation of Health Policy by the Three Branches of Government, Retrieved on January 10, 2022, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK231979/

المصالح أو المستفيدون من البرنامج على التصميم النهائي للتشريع. في بعض الأحيان، يمكن أن تختلف النتيجة بشكل كبير عن إرادة وهدف رعاة القانون، إذ أن عملية صنع السياسة الصحية معقدة جدا؛ كما أن التنفيذ قد يكون شاقًا جدًا أيضًا[1].

ب-محليا: في الولايات المتحدة لا ينتهي الأمر في عملية التنفيذ عند هذا الحد، حيث تنشر الوكالة اللوائح المقترحة في السجل الفيدرالي، وتعقد جلسات استماع حول كيفية تنفيذ القانون، بصفة خاصة من قبل البيروقراطية التي يسيطر عليها الرئيس أو الكونجرس، ثم تكتب وتنشر وتجمع التعليقات حول القانون، وتعاد كتابة اللوائح، بعدها ينتقل البرنامج المنبثق عن القانون إلى الولايات الخمسين لتمكين التشريع في كل ولاية من خلال مجالسها التشريعية، هناك تقوم المصالح المعنية بتعيين محامين محليين وأعضاء جماعات ضغط لتبدأ دورة سياسية جديدة تمامًا.

أخيرًا، كما يجوز لجميع الأطراف أن يقوموا برفع دعاويهم بالخصوص أمام المحاكم، حيث قد تشكل الجولات الطويلة من التقاضي النتيجة النهائية للتطبيق النهائي للقانون في كل ولاية التي تتميز بسلطتها التشريعية المستقلة، وهذا ما يميز النظام الفيدرالي الأمريكي.

يعتبر قانون الرعاية الميسّرة ACA منذ التوقيع عليه ليدخل حيز التنفيذ في 23 مارس 2010 نموذجا لتنوع القرارات وعمليات التطبيق في مختلف ولايات الولايات المتحدة الأمريكية نتيجة النظام الفيدرالي واستقلالية الحكم في هذه الولايات؛ دخلت العديد من الأحكام حيز التنفيذ، بما في ذلك 26 مادة في 2010، و18 مادة في 2011، و10 أحكام في 2012.

اعتبارًا من أوت 2013 دخل حيز التنفيذ 11 حكمًا إضافيًا، و15 بندًا مع المواعيد النهائية لعام 2014، و03 أحكام مع المواعيد النهائية لعام 2015، وقد اختلفت عملية تبني الدولة لأحكام قانون الرعاية الميسّرة ACA. ووقعت 31 ولاية فقط، ومقاطعة كولومبيا على تشريع توسيع برنامج Medicaid اعتبارًا من جانفي 2017، واثنتا عشرة ولاية قرّرت إنشاء تبادلات التأمين الصّحي على مستوى الولاية في جانفي

[1] Overview Health Policy Making Process, Retrieved on January 15, 2022, http://eta.health.usf.edu/publichealth/PHC6102/presentations/week_05/PHC6102_Policy_Formulation_Legislative_Development_handout.pdf

2017، مع اختيار 05 ولايات أخرى لسوق قائم على الدولة من خلال النظام الأساسي الفيدرالي، و06 ولايات اختارت أسواق الشراكة مع الدولة؛ في حين تمّ إنشاء ما تبقى من عمليات التبادل للتأمين الصحي في 28 ولاية من قبل الحكومة الفيدرالية.

الفرع الثالث: فواعل السّياسات الصّحية الأمريكية عمليا تنقسم فواعل السّياسة العامة إلى فواعل رسمية وغير رسمية، السياسة الصحية الأمريكية بدورها لا تكاد تنفك تخرج عن هذا السياق مع وجود تغير في الأدوار، وذلك ناتج عن طبيعة العلاقة بين النظام الصحي الأمريكي وميكانيزمات السوق. دون إهمال للدور المهم للمؤسسات التشريعية والتنفيذية والقضائية.

تستلزم السياسة الصحية الأمريكية العديد من الفواعل الرسمية وغير الرسمية التي تشارك بشكل مباشر أو غير مباشر في رسم وصنع السياسة الصحية في مختلف مراحلها بدءا بالسلطة التشريعية ووصولا إلى السلطة التنفيذية وما يتفرع عنها من هيئات فرعية، وإلى غاية السلطة القضائية ودور الفواعل غير الرسمية من جماعات مصلحة وضغط، ومجتمع مدني ورأي عام وإعلام وغير ذلك.

عند الحديث عن عملية صنع السياسة الصّحية فإنّ أهم مرحلة تكمن في تقديم الرعاية الصحية التي تمثل لبّ العملية في حدّ ذاتها، بدءا بتوفير الموارد التي يتم تقديمها على شكل خدمات من قبل المزودين الذين تصلهم عبر الممولين، مع الدور الفاعل للمنظمين وصولا للمستهلكين[1] .

أولا. **دور الفواعل الرسمية:** يكون الجهاز التنفيذي في النظم الرئاسية، مثل الولايات المتحدة الأمريكية، منفصل عن الهيئة التشريعية، يمكن للرئيس أن يقترح السياسة الصحية ولكن ذلك يستوجب الموافقة من قبل الهيئة التشريعية (الغالبية التي قد لا يكون أعضاؤها من نفس الحزب السياسي)، موافقة الكونغرس ضرورية لتصبح المشاريع قانونا، على سبيل المثال، يتعين على الرئيس الأمريكي تقديم تنازلات للهيئة التشريعية في مجال سياسة ما في مقابل الدعم في مشاريع قوانين أخرى. بالإضافة إلى ذلك، يمكن لأعضاء الهيئة

[1] يوسف بيزيد وآسية بلخير، "الصحة الإلكترونية في مواجهة الأوبئة الممتدة (أزمة كورونا نموذجا): محاكاة نماذج رائدة"، مجلة العلوم القانونية والسياسية، المجلد 12 العدد 02 (سبتمبر 2021): 196.

التشريعية أن تلعب دورا نشطا في تصميم وتعديل السياسات. هذا يعني أن عملية تطوير السياسات هي أكثر انفتاحا من النظم البرلمانية مع مساحة أكبر لمجموعات الضغط[1].

يؤثّر بدوره موقف السّلطة القضائية أيضًا على عملية السياسة الصحية، يوجد سلطة قضائية مستقلة ممثلة في المحكمة العليا للولايات المتحدة، مكلّفة بالفصل في حالة الخلافات بين مستويات مختلفة من الحكومة، ومع التّأكد من أن القوانين والإجراءات التي تتخذها الحكومة تتفق مع مبادئ الدستور.

لقد طعنت المحكمة العليا للولايات المتحدة في كثير من الأحيان في قوانين الولايات الفردية، في الخمسينيات من القرن الماضي، قامت بفرض الحريات المدنية للسود من خلال إلغاء التشريعات في الولايات الجنوبية التي كان من شأنها فصل المدارس بين الطلاب السود والبيض. كما قامت بالفصل في العديد من تفاصيل قوانين الرعاية الصحية التي ثار حولها الجدل[2].

ثانيا. دور الأحزاب السياسية: تشير الدلائل إلى أن الأحزاب السياسية لها تأثير مباشر متواضع على السياسة – حيث تعد أكبر مساهماتها في المراحل المبكرة من تحديد السياسات – ولكن تأثيرها غير المباشر أكبر من خلال التأثير على موظفي السلطات التشريعية والتنفيذية والقضائية أحيانا.

الأمر لا يختلف كثيرا في الولايات المتحدة الأمريكية حيث تشارك الأحزاب السياسية بشكل كبير في صياغة السياسات، لكنها لا تملك الحق في التدخل في مهام السلطات التشريعية أو التنفيذية او القضائية إلا من خلال الأطر الدستورية، ويكون مجرد حزب سياسي له سلطة التأثير من خلال الأغلبية.

على الرغم من سيطرة الحزبين الديمقراطي والجمهوري على المشهد السياسي الأمريكي إلاّ أنه توجد أحزاب سياسية أخرى مثل حزب الخضر الذي يدافع على القضايا الايكولوجية، والحزب الشيوعي الأمريكي وحزب أمريكا الطرف الأول، والحزب النازي الأمريكي، والحزب الأمريكي والحزب الشعبي الأمريكي، وحزب الإصلاح الأمريكي، وحزب أمريكا طرف المركز الثالث، وحزب أمريكا المستقلة، وحزب حفلة شاي واشنطن،

[1] Op. Cit, P Kent Buse, Nicholas Mays and Gill Walt. 86.
[2] The Supreme Court and The 14th Amendment, Retrieved on January 29, 2022, https://www.aclu.org/issues/racial-justice/supreme-court-and-14th-amendment

وحزب التراث الأمريكي، وحزب مواطنين من الولايات المتحدة، وحزب الدستور، عادة ما تلجأ هذه الأحزاب للتحالف مع الحزبين الجمهوري والديمقراطي، لتشكيل الأغلبية الانتخابية[1].

تتمحور مهام الأحزاب السياسية في الولايات المتحدة في مهام عديدة، ومنها[2]:

-تقديم المرشحين للانتخابات حيث يتم اختيارهم من قبل الحزب، وخاصة الحزبين الجمهوري والديمقراطي.

- كما تقدم البدائل والبرامج السياسية للناخبين، كما تجري منافسة شديدة للحصول على الأغلبية في المجالس المنتخبة، وحتى في حالة الترشح للانتخابات الرئاسية.

- ومن المهام الأساسية كذلك إعلام الجمهور بأهم القضايا السياسية وذلك لحشد التعبئة وتقديم المقترحات والبدائل.

-كما تقوم الأحزاب السياسية بتشكيل الحكومة وخاصة الحزب الفائز بالأغلبية. عمليا يتشكل الكونغرس من خلال التمثيل الحزبي، غير أن الهيمنة تكون للحزب الذي يمتلك الأغلبية.

ثالثا. دور جماعات الضغط: يمرّ تنفيذ أي قانون معقد متعلق بالصحة بما يطلق عليه "التفاعل الاستراتيجي" الذي يحدث أثناء وضع القواعد بين المنظمات المنفذة ومجموعات المصالح المتأثرة. على سبيل المثال، من بين القواعد العديدة المقترحة في تنفيذ قانون التخطيط الصحي الوطني وتنمية الموارد بعض القواعد التي سعت إلى تقليل القدرة التوليدية في مستشفيات الدولة. إحدى القواعد المقترحة في عام 1977 دعت المستشفيات إلى إجراء ما لا يقل عن 500 ولادة سنويًا أو إغلاق وحدات التوليد الخاصة بهم. أثار إشعار هذه القاعدة المقترحة اعتراضات فورية، لا سيما من المستشفيات في المناطق الريفية حيث سيكون الامتثال صعبًا للغاية أو مستحيلًا. تلقت المنظمة المنفذة أكثر من 55000 رد مكتوب على القاعدة المقترحة، جميعها

---

[1] ويكيبيديا، قائمة الأحزاب السياسية في الولايات المتحدة، مسترجع بتاريخ 29 جانفي 2022 من موقع:
https://bit.ly/3ubLIYu

[2] Libraries, 10.1 History of American Political Parties, Retrieved on January 29, 2022, https://open.lib.umn.edu/americangovernment/chapter/10-1-history-of-american-political-parties/

سلبية تقريبًا. نتيجة لذلك، كانت القاعدة النهائية أقل تقييدًا بكثير ولم تشر إلى عدد محدد من الولادات اللازمة لإبقاء وحدات التوليد الريفية مفتوحة[1].

تؤثّر جميع السياسات على مجموعة مصالح واحدة أو أكثر. نظرًا لأنّ الأفراد والأعضاء التّنظيميين لمجموعات المصالح غالبًا ما يكونون أهدافًا للقواعد الموضوعة لتنفيذ القوانين العامة المتعلقة بالصحة، فإنّ هذه المجموعات تسعى بشكل روتيني للتأثير على وضع القواعد. يتم تنفيذ السياسات التنظيمية لوصف ومراقبة الإجراءات والسّلوكيات والقرارات لبعض الأفراد أو المنظمات[2].

تعمل السياسات التّخصيصية على توفير الدخل أو الخدمات أو المزايا الأخرى لأفراد أو مؤسسات معينة على حساب الآخرين. وبالتالي، من المتوقع أن تكون مجموعات المصالح التي تمثل الأفراد والمنظمات المتأثرة بشكل مباشر بالسياسات العامة مهتمة بنشاط في جميع جوانب صنع السياسات، بما في ذلك وضع القواعد، تميل هذه المجموعات إلى عدم التصرف بشكل سلبي بشأن ما يريدون تحقيقه نيابة عن أعضائها. كثير منهم منظمون بشكل جيد وعدوانيون في السعي وراء مصالحهم وما يفضلونه، ويسعون للتأثير على كل من صياغة وتنفيذ السياسات التي تؤثر عليهم.

تصبح عمليات الضغط وأشكال التأثير الأخرى مكثفة بشكل خاص عندما تدعم بعض مجموعات المصالح بقوة، بينما يعارض البعض الآخر صياغة قانون معين أو الطريقة التي سيتم تنفيذها بها. قد تتعارض تفضيلات مجموعات المصالح مع تفضيلات المجموعات الأخرى. يواجه صانعو السياسات دائمًا هذه المعضلة عندما يواجهون خيارات مهمة في صياغة السياسات وتنفيذها. من المتوقع أن يسعى المشرعون في مثل هذه المواقف إلى تعظيم دعمهم السياسي الصافي من خلال قراراتهم وأفعالهم. لا يختلف الأمر

[1] GUWS Medical, The Role of Interest Groups in Rulemaking, Last Updated on Sun, 06 Jun 2021 | Health Policy, Retrieved on January 29, 2022, https://www.guwsmedical.info/health-policy/the-role-of-interest-groups-in-rulemaking.html

[2] Maira Martini, influence of interest groups on policy-making, transparency International, Date: 12 June 2012, Retrieved on July 16, 2022, https://www.transparency.org/files/content/corruptionqas/335_Influence_of_interest_groups_on_policy-making.pdf

بالنسبة لأولئك المسؤولين عن إدارة الوكالات والمنظمات المنفّذة. وهذا يعني أن وضع القواعد غالبًا ما يتأثر بتفضيلات مجموعات المصالح، حيث تمارس المجموعات الأكثر قوة سياسيًا التأثير الأكبر.

تتمثل احتمالات تضارب المصالح بين مختلف الفئات المعنية بالسياسة الصحية في الأفضليات العامة لعدة فئات من الأفراد والمنظمات. ورغم وجود بعض أوجه التشابه بين أفضليات مختلف الفئات، فإن هناك أيضا بعض الاختلافات الهامة. يمكن لصانعي السياسات عموما أن يتوقعوا أن هؤلاء الأفراد والمنظمات، الذين يعملون من خلال مجموعات مصالحهم إلى حد كبير، سيسعون إلى أن تنعكس تفضيلاتهم في أي سياسات يتم سنها وأن تؤثر تفضيلاتهم على التنفيذ اللاحق لمثل هذه السياسات أيضا. ومن أبرز القضايا التي تتعلق بتضارب المصالح: خفض العجز أو زيادة الفوائض، السيطرة على نمو نفقات الرعاية الطبية، وكذا تكاليف الرعاية الطبية، وكذلك ميديكيد وميديكير، وتكاليف الرعاية الصحية والتأمينات.

كما تتشكل شبكات السياسة الصحية من خلال لعب مجموعات المصالح والضغط دور الوساطة، تقوم المجموعات المهتمة بتطوير فرص للعمل كوسطاء أثناء تكوين روابط مع مجموعات المصالح الأخرى التي تعمل على السياسة الصحية. الوسيط هو من يسهل المعاملات من خلال الوقوف بين مجموعات المصالح الأخرى التي لا ترتبط مباشرة ببعضها البعض[1].

تعمل جماعات المصلحة والضغط من خلال ثلاث طرق في الحصول على العديد من مجموعات المصالح من خلال حلقات الوساطة في شبكات السياسات واستخدامها للتأثير على سياسة الجمهور[2] :

-الطريقة الأولى من خلال تنقل أعمال صافي الاتصالات غير الرسمي، تشكل المجموعات شبكات الاتصالات عند العمل مع مجموعات الأخرى التي تهتم بنفس قضايا السياسة.

-الطريقة الثانية لمجموعات الفائدة لتطوير فرص للوساطة هي من خلال العمل معا من خلال الائتلافات الرسمية.

---

[1] Michael T. Heaney, "Brokering Health Policy: Coalitions, Parties, and Interest Group Influence", Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 31, No. 5, (October 2006): 891-892.
DOI 10.1215/03616878-2006-012

[2] Ibid.

-أما الطريقة الثالثة لكي تصبح مجموعات المصالح وسطاء مؤثرين في بناء الجسور عبر حدود معينة يصعب بشكل خاص تجاوزها. كما أن طبيعة العمل الذي يقوم به الوسيط يعتمد على المجتمعات الأكبر التي تشكل المجموعات جزءًا منها.

على الرغم من أن بعض مجموعات المصالح لا تشارك في الائتلافات الرسمية، إلا أنها تدير معظم المجموعات عبر مجموعة من الائتلافات المتعددة التي تضعهم في علاقة مع مجموعة متنوعة حول مجموعة من القضايا، مثلا، تعمل جمعية الصحة العامة الأمريكية في تحالف مع إدارات الصحة بولاية من الولايات الأمريكية بشأن الإرهاب البيولوجي، ومجموعات المناصرة الليبرالية لصحة المرأة، والأطباء النفسيين في مجال الصحة العقلية. إذا كان نمط مجموعة من الاتصالات في الائتلافات الرسمية يختلف اختلافًا كبيرًا عن اتصالاتها الخاصة، فإن عضوية الائتلاف لديها القدرة على توفير آلية بديلة لها لتضع نفسها كوسيط بين مجموعات المصالح الأخرى.

وبالمقابل تبقى العلاقة بين الأحزاب السياسية ومنها الحزبين الجمهوري والديمقراطي متقاطعة، حيث تتعرض مجموعات المصالح لضغط كبير للبقاء على مقربة من خط الحزب. وبالتالي، فإن مجموعات المصالح القادرة على عبور هذه الفجوة الهيكلية والوصول إلى المجموعات المتوافقة مع الطرف الآخر لديها القدرة المعززة للتأثير على السياسة الصحية[1].

كما أن للمجتمع المدني بمختلف فاعلياته ووسائل الإعلام دور كبير في رفع المطالب وتضخيم البعض منها أو تقزيم البعض الآخر، حيث يعتبر الإعلام سلطة رابعة تؤثر على متخذي قرارات السياسة العامة والسياسات الصحية، نتيجة طبيعة المعترك السياسي والديمقراطي في الولايات المتحدة الأمريكية.

---

[1] Pearson and Kathryn, "Party Discipline in the Contemporary Congress: Rewarding Loyalty in Theory and in Practice" (Berkeley, PhD diss, University of California, 2005), 893.

تطرق هذا الفصل إلى بلورة وصنع السياسات الصحية الأمريكية من خلال المؤسسات التشريعية، ومختلف الفواعل التي تقوم بوضع السياسات الصحية الأمريكية، إضافة إلى الهياكل التنظيمية المشرفة على تجسيد وتحقيق هذه السياسات على أرض الواقع.

تنطلق عملية بلورة السياسات الصحية الأمريكية من خلال الاستناد إلى فلسفة براغماتية واقعية مبنية على اقتصاد السوق الليبرالي وديناميكية السوق والتجارة، ما يجعل محدّدات ومؤشرات السياسات الصحية والسياسة الاجتماعية تتماهى مع هذا الواقع لتحقيق المصلحة العامة وأهداف السياسة العامة، وبالتالي تختلف التجربة الأمريكية في صنع السياسات الاجتماعية عن كثير من الدول كونها تخضع لميكانيزمات السوق والربح والخسارة.

ومع ذلك فإن تجاذبات مختلف الفواعل تمنح الكثير من الحرية في الجدال القائم حول تشريع السياسات الصحية وآليات تنفيذها، حيث يدافع كل طرف عن مصالحة وأولوياته، كما أن النظام الفيدرالي يتيح استقلالية لكل ولاية في اختيار البرامج وفي التصويت على تطبيقها

كما تخضع عمليات صنع السياسة الصحية الأمريكية لمجموعة من المقومات والمكونات تجعل منها أكثر مرونة وديمقراطية وتجربة عملية في تحقيق سياسات اجتماعية وصحية ذات جدوى وأداء فعال.

يستند وضع السّياسات الصحية إلى ركائز ومحدّدات كما هو حال السياسات الاجتماعية، إذ أنّ لقيم المجتمع والايديولوجيات المنتهجة دورها في توجّه هذه السّياسات. إنّ الثقافة الاجتماعية والسياسية تسهم بشكل كبير في سيرورة السياسات الصحية ومنحاها العام، حيث تتبلور واقعا ملموسا. كما أن تبنيها من قبل مختلف الفواعل يخضع لآليات وقواعد تشريعية وتنظيمية لتصبح ملزمة ونافذة على أرض الواقع، مثلما هو حال دورة السياسات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية.

تبيّن من خلال هذا الفصل أنّ تلك الركائز والمحددات العامة ومختلف الفواعل تعمل على توجيه منحى تلك السياسات وتفرض نفسها على ميكانيزم النظام الصحي الأمريكي، هذا النظام الصحي يتأثر بشكل واضح بالنهج الليبرالي البراغماتي على اعتبار أن الخدمات الصحية سلعة سوقية تخضع للعرض والطلب رغم تدخل الدولة لتنظيمها فإن للقطاع الخاص دور كبير في توفيرها، ما يجعل بلورة وصياغة السياسات الصحية تخضع للتجاذبات السياسية ومجموعة من الأليات، تتم من خلال الكونغرس والهيئات الحكومية وجماعات الضغط والأحزاب السياسية وكبار رجال الأعمال والشركات التجارية الكبرى وضعا وتحقيقا وتقييما.

كما أنّ مقاربة إدارة المخاطر الاجتماعية التي فرضتها نفسها واقعا ملموسا نتيجة تزايد المخاطر الصحية والاجتماعية أدت إلى تحديث مختلف القوانين والبرامج الصحية والاجتماعية، وربط سياسات الرعاية والحماية الاجتماعية بتوجهات تضمن من جهة الربح للشركات التي تشرف على الخدمات الصحية والاجتماعية، ومن جهة ثانية تسعى لتوفير التغطية والرعاية الصحية للمواطن الأمريكي في ظل ارتفاع تكاليف ونفقات الرعاية الصحية الخاضعة لقوانين العرض والطلب. لذا حاولت مختلف القوانين بدءا بقانون الرعاية الميسرة لسنة 2010 واستتباعا له من قوانين لاحقة ضمان قدر أكبر من توفير نظم المساعدة والمساندة لتفادي المخاطر الآجلة والعاجلة، ووضع رؤى وخطط مستقبلية تمتد لسنوات عديدة بهدف معالجة أهم إشكاليات وتحديات واقع السياسات الصحية، كما سيتضح في الفصل التالي.

الفصل الثالث:

تقييم السّياسات الصّحية الأمريكية وآفاقها (2010-2021)

المبحث الأول: دراسة ونقد واقع السياسات الاجتماعية الأمريكية

المبحث الثاني: مستقبل السياسة الاجتماعية والصحية الأمريكية في ظل إدارة المخاطر

تحظى السياسات الصحية الأمريكية بترسانة من القوانين يتم تشريعها عن طريق الكونغرس وتجاذبات الفواعل المختلفة، كما أنها متجددة باستمرار تخضع للجدل والمناقشة، تتميز كذلك بقدر كبير من المرونة، إلاّ أن تنفيذها كثيرا ما تعترضه عقبات ومعضلات أضحت تشكل إشكاليات حقيقية.

كما تتزايد تطلعات وانشغالات النظام الصحي الأمريكي بفعل التغيرات التي تطرأ على المنظومة الصحية وعلى تفاعلات المجتمع الأمريكي ومختلف المصالح التي تحكم شبكات السياسات العامة في الولايات المتحدة الأمريكية.

إن تقييم السياسات الصحية الأمريكية كثيرا ما يعتمد على معايير تتعلق بالتغطية والجودة والفاعلية والكفاءة، تقوم هيئات مختصة بمتابعتها باستمرار، فبقدر ما استطاعت أن تحقق تقدما إلاّ أنها لا تزال تبحث عن حلول. من ثمة وضعت الولايات المتحدة استراتيجيات ورؤى مستقبلية من خلال وضع مجموعة من الأهداف يمكن تحقيها خلال عقد من الزمن تمتد إلى غاية الثلاثينات من القرن الواحد والعشرين، تهتم بتوفير الصحة للمواطنين وضمان الرفاهية، وفي ذات الوقت تنشيط الحركة الاقتصادية من خلال شبكات الضمان والأمان الاجتماعي، قائمة على أسس علمية ومنهجية.

ومنه، يتناول الفصل الرابع تقييم السياسات الاجتماعية الأمريكية وآفاقها (2010–2021)، في المبحث الأول دراسة ونقد واقع السّياسات الاجتماعية الأمريكية من خلال استقطابات السياسة الاجتماعية الأمريكية وأهم برامج الرعاية الصحية والاجتماعية توصيفا ونقدا وتحليلا، أما المبحث الثاني فيعالج مستقبل السياسة الاجتماعية والصحية الأمريكية في ظل إدارة المخاطر من خلال خطط إصلاح ومتطلبات تفعيل السياسة الاجتماعية الناجحة.

المبحث الأول: دراسة ونقد واقع السّياسات الاجتماعية الأمريكية

تؤلّف التشريعات والقواعد القانونية أطرا هامة في سن وبلورة السياسة الصحية الأمريكية وتنظيم النظام الصحي، التي تتجسد عمليا في برامج الرّعاية الصحية باعتبارها عمودها الفقري، كما تسهر على تطبيقها الهيئات الحكومية العامة والهيئات الخاصة التي تعمل في مجال الصحة العامة مشكلة واقع الصحة.

على الرغم من أنّ النّظام الصحي الأمريكي يعتبر من أكثر النّظم الصحية في العالم تنظيما وتمويلا، إلا أنّه مع ذلك، لا يزال يشهد العديد من الإشكاليات العملية من حيث التغطية الصحية وتنامي وزيادة النفقات المالية نتيجة خضوعه لاقتصاد السوق، مع تزايد المخاطر الصحية والاجتماعية التي تتمظهر على شكل استقطابات متجددة خلقت تحديات للسياسات الاجتماعية والصحية الأمريكية جعلت البحث حثيثا لرؤية مستقبلية أفضل.

المطلب الأول: استقطابات السياسات الاجتماعية الأمريكية الجديدة

تعترض السياسات الصحية الأمريكية استقطابات تنطلق في دراستها وتحليلها من بعدين: البعد الأول كمي ينطلق من بيانات ومعطيات كمية، وهي عبارة عن مؤشرات يمكن تكميمها بالأرقام مثل أعداد الفقراء وأعداد العاطلين عن العمل وأعداد خريجي الجامعات وغيرها من الإحصائيات حينما تتجاوز مستوى معين وتتراكم لتصبح مخاطر، أو ما يمكن أن يطلق عليه خط الفقر أو مستوى الفقر.

أما البعد الثاني كيفي- سوسيولوجي ينطلق من مسألة إدراك أهمية المخاطر الاجتماعية وتداعياتها، من خلال الشعور الجمعي للمجتمع ككل، مثل اتساع نطاع الفقر وما يمكن أن ينجر عليه من مخاطر وانعكاسات أو تفاقم البطالة، وهذا البعد الثاني عبر عنه "روبرت كاستل" Robert Castel على أنه تعبير عن الخوف من تفكك المجتمع جراء الفوضى الاجتماعية التي أدت إلى اتساع عدد المحتاجين والفقراء

وتدهور أوضاع الطبقة العاملة[1]، وتشير الدراسات الحديثة إلى أهمية البعدين في تحاليل السياسات الاجتماعية الجديدة ما يتيح لواضعي وأصحاب القرار وضع سياسات وبرامج مناسبة لها.

عموما يمكن تصنيف هذه الإشكاليات إلى استقطابات اجتماعية رئيسية وأخرى فرعية. تتمثل الرئيسية في الإشكاليات الثنائية للنوع الاجتماعي، من خلال الفوارق بين الذكور والإناث والفقراء والأغنياء والأقلية والأكثرية ضمن إشكاليات كبرى. أما الاستقطابات الفرعية فتكمن في التمايز في التغطية الصحية وفي التعليم والبطالة، ومجال العمل والفئات المهمشة وتراجع دور الدولة في التدخل في السياسات الاجتماعية.

الفرع الأول: تآكل أنماط العائلة التقليدية والتفكك الأسري

تتكوّن الأسرة في معدلها من 03 إلى 04 أشخاص في المتوسط، ويتم تعريف الأسرة من قبل مكتب التعداد الأمريكي كمجموعة من شخصين أو أكثر يقيمون معا بينهم صلة بالولادة أو الزواج أو التبني، هناك 83.7 مليون أسرة في الولايات المتحدة. بينما لا يوجد في حوالي 50 مليون أسرة أطفال دون سن 18 عاما، في حين أن حوالي سبعة ملايين لديهم ثلاثة أو أكثر من الأطفال الذين يعيشون في أسرة. كما زاد عدد العائلات التي لا يوجد فيها أطفال على مدى العقدين الماضيين، في حين أن الأسر الكبيرة بقيت كما هي[2].

كما تواجه العائلات تحديات كبيرة من الاكتئاب والقلق إلى تعاطي المخدرات والمشاكل الطبية، ويحدث طلاق واحد كل 36 ثانية في أمريكا. كما أن 22 % من الأطفال يعيشون في المنازل تحت مستوى الفقر، ويؤثر الاكتئاب على 10٪ من السكان البالغين. كما أن الكثير من البالغين والبالغات سن الزواج يرون أن العلاقات غير الشرعية تعتبر بديلا عن تكوين أسرة. ولكن على الرغم من كل هذه التحديات، لا تزال العائلات واحدة من أهم مصادر الدعم والحب والمعنى في حياة الناس[3].

---

[1] بلقاسم نويصر وكريمة حاتي، "واقع السياسة الاجتماعية في الجزائر وسبل معالجتها للمسألة الاجتماعية"، مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية المجلد 10 العدد 02، (2017): 351.

[2] Statista, Families in the United States - Statistics & Facts, Retrieved on January 089, 2022, https://www.statista.com/topics/1484/families/#dossierKeyfigures

[3] American Bible Society, What is The Top Problem Families Face Today?, Retrieved on January 08, 2022, https://news.americanbible.org/blog/entry/corporate-blog/what-is-the-top-problem-families-face-today

في المقابل تعتبر مشكلات الطلاق من أهم المخاطر الاجتماعية التي تواجه البناء الاجتماعي، إذ توجد الكثير من البحوث حول آثار الطلاق على الزوجين وأطفالهم في الولايات المتحدة الأمريكية، وغالبا ما يختلف العلماء حول ماهية هذه الآثار. الشيء الوحيد الواضح أن الطلاق يغرق العديد من النساء في الفقر أو بالقرب من مستوى الفقر.

كما أثبتت الدراسات أن الأسرة الواحدة التي ترأسها امرأة لأي سبب من الأسباب تعتبر أكثر فقرا، يصل دخلها إلى (32،031 دولارا) في عام 2010 كمتوسط للدخل السنوي، مقارنة بأولئك الذين يرأسهم رجل (49،718 دولارا). وفي الوقت نفسه، فإن متوسط دخل الأسر لزوجين متزوجين أعلى بكثير (751 72 دولارا). ما يقرب من 32 في المئة من جميع العائلات الواحدة التي ترأسها النساء فقيرة رسميا، مقارنة بنحو 16 في المئة فقط من الأسرة الواحدة التي يرأسها الرجال و 6 في المئة من الأسر بزوجين[1].

يؤدي التفكك الأسري بمختلف أشكاله وما ينجرّ عنه من تفكك مجتمعي في كثير من الحالات إلى الانحراف والجنوح وخاصة لدى المراهقين، وانتشار الجرائم والإدمان على المخدرات لدى الكبار، ما يسبب مشاكل صحية واجتماعية تشكل في حد ذاتها باثولوجيا اجتماعية كما عبر عنها عالم الاجتماع "ايميل دوركايم" David Émile Durkheim أي تسبب أمراض اجتماعية لها تداعياتها؛ هذه المعضلات تعتبر من أهم المشاكل التي يعاني منها المجتمع الأمريكي ولها انعكاسات خطيرة على السياسات الصحية.

الفرع الثاني: إشكالية تراجع وتحوّل دور الدولة في صنع السياسة الاجتماعية

بفعل اتساع مفهوم ونطاق أدوار الدولة في الرعاية الاجتماعية وانتقالها إلى مرحلة دولة الرفاهية، ومع دخول فواعل غير رسمية فإن دور الدولة شهد تحولات كبيرة من الحداثة إلى ما بعد الحداثة في مختلف المستويات، تسهم في هذا التحول عوامل ومتغيرات عديدة لا يمكن حصرها في المجالات الاجتماعية أو الثقافية أو السياسية أو الاقتصادية أو جميعها فحسب.

---

[1] Libraies, 10.3 Changes and Problems in American Familie, Retrieved on January 08, 2022, https://open.lib.umn.edu/socialproblems/chapter/10-3-changes-and-problems-in-american-families/

من بين النظريات هناك نظرية ترى أن دور المؤسسات الدولية والأفراد والجماعات في المجتمع، والتفاعل بين الدول والأسواق ساهم في تطوير النظام الرأسمالي بشكل عام، وافساح المجال أمام بقية الفواعل غير الرسمية مثل القطاع الخاص في رسم السياسات الاجتماعية[1]. كما أن انتهاج طريق التنمية المستدامة يتطلب اللامركزية ليس فحسب في التسيير الإداري، بل كذلك لامركزية الحكم والتخطيط واتخاذ القرارات من الأسفل إلى الأعلى.

وهوما أدى من الانتقال من عالم الحداثة إلى ما بعد الحداثة، وهو ما يوضحه الجدول التالي:

-جدول: 15 -يبين التحول في أدوار دولة ما بعد الحداثة[2].

الحكومة	تعتمد حوكمة متعددة المستويات متعددة ومتشابكة تتداخل مع بعضها البعض. الحكم في سياق العلاقات العامة والدولية وغير الحكومية عبر الوطنية.
الأمة	مشاركة العناصر فوق الوطنية في الدولة، تنامي مجتمع الولاءات الجماعية المتوقعة على نحو متزايد بعيدا من الدولة.
الاقتصاد	التكامل العميق: جزء كبير من النشاط الاقتصادي يشكل جزءا لا يتجزأ من الشبكات عبر الحدود والاقتصاد الوطني.

المصدر: Georg Sørensen, The Transformation of the State Beyond the Myth of Retreat, P 162

ومن ثمة، هذا يعني تخفيف الضغط على الحكومات كونها دولة حارسة إلى دولة متدخلة، ما سارع من تحول أدوارها، وأعطى المجتمع المدني وبقية الفواعل أدوارا جديدة، يوجد مثل هذا النظام في الولايات المتحدة الأمريكية وبعض الدول الليبرالية الأخرى، غير أنه يوجد بصورة أقل في الدول التي لا تزال تنطلق من الرؤية الاجتماعية البحتة في سياستها الاقتصادية خوفا من عدم تحكمها، مثلما هو حال الكثير من دول العالم الثالث التي تطبق مركزية الإدارة والحكم.

هذا التراجع في دور الدولة أدى إلى تراجعها في مواجهة المخاطر التي تهدد المجتمع بمفردها، وخاصة مع زيادة أدوار القطاع الخاص، والمنظمات غير الحكومية سواء منها المحلية، الوطنية وحتى

---

[1] Ibid, 163

[2] Georg Sørensen, The Transformation of the State Beyond the Myth of Retreat (New York: Palgrave Macmillan, 2004), 162.

الدولية، وكذلك دور الشركات المتعددة الجنسيات، والمنظمات والهيئات الدولية مثل صندوق النقد الدولي، البنك العالمي ومنظمة التجارة العالمية التي تقدم وصفات وحلول تتماشى مع سياساتها بالدرجة الأولى، ذلك يعني تجاوز المخاطر التي تتعلق بالهوية والثقافة وتغليب المصالح الاقتصادية وسياسات الخصخصة، التي تضرّ في الكثير من الأحيان بالفئات الهشّة، انطلاقا من معايير الحوكمة العالمية.

كما يعتبر تفضيل التدخل المرن والمحدود للدولة في السياسات الاجتماعية من أهم مبادئ الليبرالية التي انتهجتها الولايات المتحدة الأمريكية وخاصة مع سيطرة الشركات الكبرى وجماعات المصلحة، علاوة على ذلك فإن ديناميكية القطاع الخاص ومساهمته في عجلة الاقتصاد الأمريكي تقتضي هذا النمط، إلا أنه في المقابل أضرّ بالفئات الهشّة نظرا لزيادة تكاليف الرعاية الاجتماعية والصحية.

ولضمان التوازن بين تغوّل القطاع الخاص والمصلحة العامة وحرية الأفراد جاءت مجموعة من القوانين والبرامج سالفة الذكر، إلا أنها كانت محطّ انتقادات عديدة.

المطلب الثاني: برامج الرعاية الصحية الأمريكية لمواجهة المخاطر الاجتماعية

هذه الاستقطابات أدت إلى استحداث آليات وبرامج تسعى إلى توفير رعاية صحية واجتماعية. الواقع، هناك العديد من أشكال وبرامج الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية تهدف إلى توفير أكبر قدر من الرعاية الصحية وتوفير التغطية والنوعية اللازمة من خلال برامج التأمين المتنوعة والمتعددة التي أقرتها القوانين والقواعد المعمول بها في الولايات المتحدة الأمريكية تماشيا مع التوجه العام للسياسات الصحية، والتي تهدف في مجملها لإدارة المخاطر الاجتماعية، ومع ذلك لا يزال عدد معتبر من الأمريكيين غير مؤمنين، حيث أن النظام الصحي الأمريكي مرتبط بدرجة كبيرة باقتصاد السوق ويعتمد على آليات العرض والطلب، لذا فإن أشكال وبرامج الرعاية الصحية تتنوع وتتعدد.

الفرع الأول: أشكال الرعاية الصحية الأمريكية لإدارة المخاطر الاجتماعية

توجد أنواع وأشكال مختلفة من الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، وفق خيارات متعددة تدخل في نطاق الرعاية الصحية والنظام الصحي الأمريكي، ترمي في غايتها إلى تغطية أوسع وأشمل وبطرق تصل فيه التغطية إلى نطاقات أوسع لاستباق المخاطر الصحية والاجتماعية، ومن أبرزها:

الرعاية الأولية: تعتبر من أهم أنواع الرعاية الصحية، في عام 2010، زادت نسبة أطباء الرعاية الأولية ب55٪ في الولايات المتحدة الأمريكية من الذين يطلق عليهم اسم ممارسي الرعاية الأولية، وهم الأطباء والممرضات الممارسات ومساعدي الأطباء والممرضات القابلات من الاختصاصيين العامين أو المتخصصين في طب الأسرة والطب الباطني وطب الأطفال والتوليد وأمراض النساء. يتطلب الوصول إلى الرعاية الأولية أن يكون لدى المرضى القدرة على دفع تكاليف الرعاية والنقل الكافي للرعاية ومحو الأمية الصحية للمطالبة واستخدام الرعاية؛ يتطلب أيضًا أن يكون العرض والتوزيع ووقت مقدمي الخدمة كافيين[1] .

لهذه الأسباب، فإن غير المؤمن عليهم وأولئك الذين لديهم تأمين ولكن غير قادرين على تحمل التكاليف المرتفعة من جيوبهم بسبب التغطية غير الكافية يواجهون صعوبة في الوصول إلى الرعاية الأولية، مما يجعل مخاطر انعدام وصول التغطية متزايدة، وبالتالي تدهور أوضاعهم الاجتماعية وزيادة المخاطر.

الرعاية الخاصة: نظرا لأن الرعاية الأولية غير كافية فقد زاد عدد الأطباء المتخصصين بنسبة 45٪ من زيارات الأطباء في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 2010، ذلك لأن العديد من المشكلات المتعلقة بالحصول على الرعاية الأولية تكمن في الاهتمام بالرعاية المتخصصة[2]. إذ أصبح التنسيق في الرعاية بين الرعاية الأولية ومقدمي الخدمات المتخصصين مشكلة متنامية في الولايات المتحدة الأمريكية، عمليا يقابل المستفيد النموذجي من برنامج الرعاية الطبية اثنين من أطباء الرعاية الأولية وخمسة متخصصين في السنة، وقد يقابل المرضى الذين يعانون من حالات متعددة ما يصل إلى 16 طبيبًا. هذا يمكن أن يؤدي إلى العلاج

[1] Bodenheimer T, Pham HH. “Primary care: current problems and proposed solutions”ة Health Affairs (Millwood).;29 (5) (2010 May): 799.

[2] U.S. Department of Health and Human Services, National Center of Health Statistics, U.S, hus14.pdf. P 290. Retrevied on January 05, 2022, from: http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/

المفرط، والمتضارب وتعدد الأدوية، وبالتالي من المفترض أن يتم تنسيق في رعاية المريض في جميع أماكن الرعاية الصحية، مع مشاركة المرضى في صنع القرار[1]. غير أن هذا النوع يعتبر مكلّف جدا.

رعاية الطوارئ: تعدّ أقسام الطوارئ جزءًا رئيسيًا من شبكة أمان الرعاية الصحية. يُفرض على أقسام الطوارئ في المستشفيات التي تتطلب الدفع أن تعتني المستشفيات بـ الأفراد حتى يستقروا. هذا يسمح للأشخاص المؤمَّن عليهم وغير المؤمَّن عليهم الوصول إلى هذه الأقسام في حالات الطوارئ. في حالات قد تعاني بعض هذه الأقسام من الاكتظاظ، وأوقات الانتظار الطويلة، والتحويلات في المستشفى، ونقص مساحة الطوارئ والموظفين، ففي عام 2011 كان هناك أكثر من 9000 مركز رعاية عاجلة في الولايات المتحدة الأمريكية، ثم توسعت خدمات الرعاية العاجلة استجابةً للصعوبات في رؤية ممارسي الرعاية الأولية على أساس أنها استعجالات وعدد ساعات العمل، والتكاليف العالية، وأوقات الانتظار الطويلة. تستوجب هذه الرعاية أن يكون لدى الفرد تأمين أو أن يدفع من أمواله الخاصة للحصول على الرعاية[2] .

ترمي أهداف رعاية الطوارئ إلى توسيع نطاق الرعاية والتخفيف من المخاطر، ولذلك توجد عيادات البيع بالتجزئة الموجودة في الصيدليات ومحلات البقالة والمتاجر الكبرى، يوجد بها البيع بالتجزئة كأماكن يمكن الذهاب إليها لعلاج الحالات الطبية البسيطة، تكون مزودة بممارسين غير أطباء، مثل الممرضات الممارسات أو مساعدي الأطباء، ويعالجون عددًا محدودًا من الحالات والاحتياجات، مثل الأمراض الجلدية، والتهاب الحلق، واختبار الحمل، والالتهابات، وفحص السكري، والتلقيح[3] .

غير أن رعاية المرضى الداخليين للأفراد في الحالات الحرجة الذين يعانون من أمراض حادة يحتاجون إلى رعاية على مدار الساعة وإلى رعاية داخلية في المستشفيات. كما أن توفير خدمات المستشفى يعتمد على حالة التأمين لـ الفرد الذي يسعى للحصول على الرعاية، ونوع المستشفى، والمنطقة الجغرافية.

[1] Data and Research, Specialty care, Retrieved on 05th January 2022, from : https://bit.ly/3zu20XR
[2] Robin M Weinick, Steffanie J Bristol and Catherine M DesRoches, "Urgent care centers in the U.S.: Findings from a national survey", BMC Health Services Research: 9 (79), (2009), 06.
[3] Diane R. Rittenhouse, Lawrence P. Casalino, Stephen M. Shortell, and Sean R. "Small and Medium-Size Physician Practices Use Few Patient-Centered Medical Home Processes", H*ealth Affairs*, no. (2011): 06.

أما بالنسبة لأولئك الذين لديهم تأمين خاص أو عام يتم الوصول إلى الرعاية من خلال إحالة طبيب إلى مستشفى يوصي بها الطبيب وتكون موجودة في شبكة مزودي التأمين.

في المقابل، بالنسبة لأولئك الذين ليس لديهم تأمين فإن الوصول إلى الرعاية يعتمد على مدى درجة مرضهم، عندما لا تكون حالة المريض غير المؤمن عليه حالة طارئة (مثل الجراحة المخطط لها)، فإن الوصول إلى الرعاية تعتمد في المستشفى. لذا يجب على المستشفيات المملوكة للحكومة الأمريكية تقديم الرعاية الخيرية لأولئك الذين ليس لديهم تأمين أو لا يستطيعون دفع حصصهم من جيوبهم الخاصة، تقدم هذه المستشفيات أغلب انواع الرعاية الخيرية في الولايات المتحدة الأمريكية ويتم توفير الرعاية الخيرية أيضًا من قبل المستشفيات الخاصة غير الربحية[1] .

يتم تمويل الرعاية الخيرية من خلال المدفوعات الفيدرالية لعلاج المرضى التابعين لخطط ميديكيد، والإعفاءات الضريبية، والإعانات التبادلية من دافعين آخرين ومن أهمهم الصليب الأحمر الأمريكي الذي تبلغ إجمالي نفقاته على الرعاية الصحية سنويا: 03.36 مليار دولار. تأسست هذه المنظمة عام 1881، وتقدم الرعاية لضحايا الحرب والكوارث الطبيعية والخدمات الاجتماعية لمساعدة المحتاجين بالإضافة إلى رعاية أفراد الجيش وأسرهم وتقديم البرامج الصحية والتعليمية وغيرها[2].

تقدم المستشفيات الهادفة للربح أيضًا الرعاية الخيرية، لكنها لا تتلقى إعفاءات ضريبية لذلك، وليس من الواضح ما إذا كانت تقدم رعاية خيرية بقدر ما تقدمه المستشفيات غير الربحية، غير أنه من المتوقع أن يؤدي توسيع التأمين الصحي على النحو الذي تم تنفيذه من خلال قانون الرعاية الميسرة ACA إلى تحسين الوصول إلى رعاية المرضى الداخليين في الولايات المتحدة.

[1] GAO. Hospital emergency departments: crowding continues to occur, and some patients wait longer than recommended time frames, Washington, DC: US Government Accountability Office, 2009, Downloaded from: http://www.gao.gov/new.items/d09347.pdf.

[2] أكبر 10 مؤسسات خيرية في الولايات المتحدة، بتاريخ 21 نوفمبر 2014، مسترجع بتاريخ 05 جانفي 2022، من موقع: https://bit.ly/3EXWSMF

الرعاية الصحية العقلية: هذا النوع من الرعاية له خصوصيته، حيث تغير مشهد رعاية الصحة النفسية بشكل ملحوظ على مدى العقود الماضية، فعلى المدى الطويل تم إضفاء الطابع المؤسسي الذي كان علاجًا رئيسيًا واستراتيجية للعديد من مشاكل الصحة العقلية، لكن ذلك لم يعد الآن الطريقة المفضلة لعلاج هذه المشاكل. وبدلاً من ذلك، يحدث العلاج من خلال رعاية المرضى الخارجيين باستخدام الأدوية التي يمكن إدارتها في العيادات الخارجية، وإقامة المرضى الداخليين لفترات قصيرة[1] .

إذ أن حوالي ثلث الأمريكيين الذين يعانون من مشاكل نفسية يتلقون العلاج، حيث يتلقى مرضى الصحة العقلية المؤمن عليهم عمومًا رعاية في العيادات الخارجية لمكاتب الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين المرخصين وفي أماكن المرضى الداخليين في مستشفيات الطب النفسي الخاصة والمستشفيات العامة[2] .

الحالات التي تكون دون تأمين ولا يستطيع أصحابها دفع مصاريف علاجهم تتم رعايتهم في مستشفيات الصحة العقلية في الولاية والمقاطعة، مراكز الصحة المجتمعية، أقسام الطوارئ، والمستشفيات. تتعرض مثل هذه الرعاية الصحية لمشاكل في الوصول للتغطية، النقص في مقدمي خدمات الصحة العقلية ووصمة العار المرتبطة بالمرض العقلي، والتكافؤ وتوسيع التغطية التأمينية للصحة النفسية.

الرعاية الصيدلانية: الرعاية الصيدلانية هي تقديم العلاج الدوائي لغرض تحقيق نتائج محددة تعمل على تحسين نوعية حياة المريض أو الحفاظ عليها، إنها عملية تعاونية تهدف إلى حل المشاكل الصحية ذات الصلة[3]. كان الإنفاق على الأدوية الموصوفة هو الأسرع ويشكل عنصرا للنمو في تكاليف الصحة الأمريكية حتى وقت قريب. منذ 1970 زاد الإنفاق بسرعة حتى عام 2001. منذ عام 2010، ظلت الزيادات منخفضة بين 0.4 و02.5٪. في عام 2012 أنفقت الولايات المتحدة 263 مليار دولار على العقاقير الموصوفة.

---

[1] Cunningham PJ. "Beyond parity: primary care physicians' perspectives on access to mental health care", Health Aff. 28: w (2009): w 492.
[2] Ibid; w 493.
[3] Berenguer B., La Casa C., de la Matta M.J., Martín-Calero M.J," Pharmaceutical Care: Past, Present and Future", Current Pharmaceutical Design, Vol. 10, No. 31,(2004), 3935.

يعتمد إنتاج الأدوية وتسويقها في الولايات المتحدة الأمريكية على القطاع الخاص بالكامل ولكن يتم تنظيمه من قبل إدارة الغذاء والدواء[1] .

أما الأسعار فإنها تعتبر غير منظمة في الولايات المتحدة من حيث الأسعار والمنتجين الذين هم في أغلبهم من الخواص، على الرغم من أن الحكومة تفاوض من أجل تخفيضات السداد في بعض برامجها مثل ميديكيد (لا ينطبق هذا على ميديكير حيث يوجد حكم في الجزء د من التشريع يحظر على ميديكير التفاوض على تخفيضات كبيرة على الأدوية)، إلا أنه من اللافت للانتباه أنه غالبا ما يتم الإفراط في استخدام العديد من الأدوية، واستخدامها بشكل غير لائق لدى الأمريكيين.

يحدث الإفراط في الاستخدام والاستخدام غير الملائم لبعض الأدوية مثل المضادات الحيوية ومضادات الاكتئاب مع ممارسة تعدد الأدوية بين كبار السن. كما أن قلة الاستخدام مرتبطة بالقيود المالية. في عام 2011 أفاد ما نسبته 23٪ من الأفراد في المسح الوطني للمقابلة الصحية بأن الأدوية المرتبطة بالتكلفة غير كافية[2].

تم الاستشهاد بالإفراط في استخدام الأدوية نتيجة للتسويق القوي من قبل شركات الأدوية من أجل كل من الأطباء والمستهلكين[3]. تقوم شركات الأدوية أحيانًا بتسويق أدويتها من خلال الاستفادة من الأمراض الجديدة، والترويج فعليًا لوجود المرض في إعلاناتها (المعروفة أيضًا باسم الترويج للمرض). تمت إعادة صياغة المشكلة الصحية والترويج لها في وسائل الإعلام والثقافة الشعبية على أنها حل صيدلاني[4]. هذه الاستراتيجيات تم تسميتها بالمستحضرات الصيدلانية، سواء كانت الحالة صحية مشكلة حقيقية وأفضل علاج لها باستخدام الأدوية أو غيرها من المنتجات، أو تم علاجها بالصيدلة[5]. ومثال ذلك، ما تشهده

[1] Op. cit, Andrew J. Barnes, et al.
[2] Conti R, Busch A, Cutler D, Overuse of antidepressants in a nationally representative adult patient population in 2005, Psychiatr Serv, 62(7), (2011):720–6, 720.
[3] Brody H, Light DW, “Efforts to undermine public health: the inverse benefit law: how drug marketing undermines patient safety and public health”, Am J Public Health. 101(3), (2011):399–404.
[4] Williams SJ, Martin P, Gabe J. “The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis”, Social Health, 33(5), (2011):710–25, P 01.
[5] Mark E. Litow, Medicare versus Private Health Insurance: The Cost of Administration, (USA: Milliman, January 6, 2006), 01.

لقاحات كوفيد 19 ومتحوراته من ترويج واسع النطاق داخل وخارج الولايات المتحدة الأمريكية يدرّ ملايير الدولارات على الشركات المنتجة.

الرعاية طويلة الأجل: تتكون من عدد من خدمات الرعاية الصحية المختلفة للأفراد الذين يعانون من ظروف لا يُتوقع أن تتحسن بشكل ملحوظ، والتي تحتاج إلى رعاية مستمرة. تتمثل الخيارات المالية، فيما يلي: إذا تم إدخال شخص مسن إلى دار لرعاية المسنين بعد دخول المستشفى، فسوف يغطي برنامج Medicare مبلغًا محدودًا من أيام التمريض، بشرط التقدم في إعادة التأهيل. إذا احتاج الفرد إلى البقاء بعد الأيام التي يغطيها برنامج Medicare، أو لم يتم إدخاله إلى المستشفى مطلقًا، فيجب عليه الدفع من جيبه أو من خلال Medicaid، إذا استهلك وأنفق الفرد أصوله الخاصة، حيث يبلغ متوسط سعر الغرفة الخاصة في دار الرعاية في الولايات المتحدة الأمريكية 75000 دولار في السنة، لذلك سرعانما ينفد المال من أولئك الذين يدفعون. خطط الرعاية طويلة الأجل تغطي التأمين على رعاية المسنين في المنزل، لكن هناك القليل من الأمريكيين ممن لديهم هذا النوع من التأمين لأنه مكلف ونادرًا ما يكون مدعومًا.

الرعاية الملطّفة: الرعاية التلطيفية هي رعاية الأشخاص المصابين بمرض عضال، مما يستلزم تخفيف الألم والأعراض الأخرى لجعل الشخص مرتاحًا ويتطلب الأمر الدعم النفسي والاجتماعي والروحي[1]، كما تعدّ خدمات رعاية المحتضرين الذين يواجهون الموت جزءًا لا يتجزأ من الرعاية التلطيفية التي تم تقديمها إلى 01.6 مليون شخص في عام 2009 في الولايات المتحدة، معظمهم من كبار السن ومن مرضى السرطان من أشكال الرعاية الملطفة[2]. في عام 2010 تلقى 32٪ من المتوفين في برنامج Medicare ممن هم أكبر من 65 عامًا الرعاية من دار رعاية المسنين المعتمدة من خطط ميديكير وميديكيد في معظم الولايات ومعظم خطط التأمين الخاصة.

[1] Field MJ, Cassel CK. Approaching death: improving care at the end of life, Washington, DC: National Academies Press, Institute of Medicine, 1997, Retrieved on January 07, 2022 from: Matter | Approaching Death: Improving Care at the End of Life | The National Academies Press (nap.edu)

[2] Op. Cit, Leiyu Shi, Douglas A. Singh.

في الواقع، أن معظم رعاية عمليات المسنين مخصصة لكبار السن، وأن كبار السن مشمولين بالكامل من قبل Medicare، فإن عدد الأفراد غير المؤمن عليهم الذين يحتاجون إلى رعاية المسنين صغير جدًا[1] . بالنسبة إلى العدد الصغير من الأفراد الذين ليس لديهم تغطية تأمينية، قد تقدم دور رعاية المحتضرين للرعاية بغض النظر على القدرة على الدفع[2] .

ولتجسيد هذه الأشكال من الرعاية تم وضع العديد من برامج الرعاية الاجتماعية والصحية، سواء منها لمواجهة المخاطر الآجلة أو العاجلة.

الفرع الثاني: برامج تأمين الرعاية الصحية لإدارة المخاطر الاجتماعية (المخاطر الآجلة)

يسعى التأمين إلى توفير الآلية المناسبة للحماية من المخاطر الاجتماعية. في هذا السياق، تشير المخاطرة إلى احتمال خسارة مالية كبيرة. على سبيل المثال، على الرّغم من أنّ حوادث السيارات شائعة في الولايات المتحدة فإن الاحتمال ضئيل جدًا أن يتعرض شخص معين لحادث سيارة في سنة معينة. ومع ذلك، حتى عندما تكون المخاطر صغيرة فإن الناس يشترون التأمين لحماية أصولهم من الخسائر الكارثية.

كذلك الحال بالنسبة لسياسات التأمين الصحي، إذ أن وكالات التأمين التي تفترض وقوع المخاطر تسمى شركة التأمين، أو الضمان أو الاكتتاب الطبي، ولهذا يؤخذ بعين الاعتبار الحالة الصحية للأشخاص المطلوب تأمينهم. هناك أربعة مبادئ أساسية تكمن وراء مفهوم التأمين.

- لا يمكن التنبؤ بالمخاطر بالنسبة للفرد المؤمن عليه.
- يمكن التنبؤ بالمخاطر بدرجة معقولة من الدقة لمجموعة كبيرة أو مجموعة سكانية.
- يوفر التأمين آلية لتحويل أو تحويل المخاطر من فرد للمجموعة من خلال تجميع الموارد.

[1] Lorenz K, et al. “Charity for the dying: who receives unreimbursed hospice care? “ Journal Palliat Med. 6 (4), (2003): 91–585, 586.

[2] Julie Pietroburgo, “Charity at the Deathbed: Impacts of Public Funding Changes on Hospice Care” American Journal of Hospice & Palliative Medicine, Vol. 23, No. 3, (June/July 2006), 219.

■ يشارك جميع أعضاء المجموعة المؤمن عليها خسائر فعلية على أساس عادل. من خلال برنامج Medicare.

بالنسبة لمن تقل أعمارهم عن 65 عامًا، فإن التأمين الخاص– إما على أساس التوظيف أو ممول ذاتيًا – هو الوسيلة السائدة لتلقي الرعاية الصحية. يغطي برنامج Medicaid وبرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) العديد من الفقراء، بما في ذلك الأطفال في الأسر ذات الدخل المنخفض.

بالموازاة، تغطي البرامج العامة الأخرى مجموعات محددة من الأشخاص، مثل برنامج التأمين الذي يقدمه قسم شؤون المحاربين القدامى ونظام الصحة العسكري. أما ما تبقى من السكان الذين هم بدون أي تغطية، هم من غير المؤمن عليهم. في الولايات المتحدة من الصعب، بل يكاد يكون من المستحيل تصنيف الأشخاص بدقة في فئات بناءً على أنواع محددة من التأمين الصحي، على الرغم من أن أهداف التأمين تتمحور حول تعزيز رفاهية الجمهور من خلال ضمان عقود عادلة بأسعار عادلة من شركات قوية[1] .

يكون التأمين الصحي، ولا سيما التأمين الصحي الخاص في شكل خطط، والتي تحدد من بين تفاصيل أخرى معلومات تتعلق بالتكاليف، الخدمات المغطاة، وطرق الحصول على الرعاية الصحية عند الحاجة. تتوفر خطط عديدة يُطلق على أي شخص مشمول بالتأمين الصحي المؤمن عليه أو المستفيد. هناك نوعان من الخطط التي يرعاها صاحب العمل، هما خطط التغطية الفردية وخطط التغطية العائلية، هذه الأخيرة تغطي الزوج والأطفال المعالين. خطط Medicare و Medicaid تعترف فقط بالمستفيدين من الأفراد. في حالة الأزواج المتزوجين، على سبيل المثال، يعترف كل من مديكير وميديكيد بكل من الزوجين كمستفيد مستقل[2].

على نطاق واسع، يمكن تصنيف شركات التأمين إلى فئات بناء على شكل الملكية إلى[3] :

1. الشركات التأمين على الأسهم رأس المال.

[1] Vaughn, E. J. and C. M. Elliott, Fundamentals of risk and insurance, (New York, NY: John Wiley & Sons, 1987), 99.
[2] Ibid.
[3] Ibid, 75.

2. شركات التأمين المتبادلة.

3. التبادلات الداخلية.

4. جمعيات " لويد".

5. جمعيات المصاريف الصحية.

6. شركات التأمين الحكومية.

على هذا المنوال فإن توفير الرعاية الصحية المناسبة يكون من خلال التأمينات بمختلف أشكالها التي تعتبر صمام أمان لمواجهة المخاطر، فمن أبرز هذه البرامج التي تجسد السياسات الصحية الأمريكية، وتساهم في تنفيذها العديد من الفواعل، ما يلي:

1. **ميديكير**: يوفر برنامج Medicare تغطية تأمين صحي لجميع الأمريكيين ممن تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكبر، وكذلك للعديد من الأمريكيين المعاقين والأشخاص ومرض الكلى في المراحل المتقدمة من المرض – أي ما مجموعه حوالي 55 مليون شخص من الأمريكيين، تغطي الرعاية الطبية اللازمة باستثناء الرعاية طويلة الأمد والعناية بالأسنان. ينقسم برنامج الرعاية الطبية إلى أربعة أجزاء ، المسمى الأجزاء أ ، ب ، ج ، د[1].

الجزء أ: يشمل تغطية المستشفى، لا تشمل فقط الرعاية في المستشفى ولكن أيضًا بعض دور رعاية ما بعد الحالة الحرجة، والرعاية الصحية المنزلية، ورعاية المسنين. تخضع مزايا الجزء أ للخصم (1،364 دولارًا لكل فترة مزايا في 2019). يتطلب الجزء "أ" أيضًا تأمينًا مشتركًا لإقامات المرضى الداخليين الممتدة ومرفق التمريض الماهر.

الجزء ب: يشمل التأمين الطبي التكميلي، وهو برنامج تطوعي له أساسًا نفس متطلبات الأهلية كما في الجزء أ. ويغطي خدمات الأطباء (للمرضى الداخليين والمرضى الخارجيين على حد سواء)، العيادات

[1] Kaiser Family Foundation, An Overview of Medicare, Published: Feb 13, 2019, Retrieved on December 01, 2021, https://www.kff.org/medicare/issue-brief/an-overview-of-medicare

الخارجية، المعدات الطبية، الاختبارات، والأشعة السينية، عناية صحية منزلية، بعض الرعاية الوقائية ومجموعة متنوعة من الخدمات الطبية الأخرى. على الرغم من طبيعتها التطوعية، فإن حوالي 95٪ من المؤهلين يسجلون فيها لأنها مدعومة بشكل كبير. تخضع العديد من مزايا الجزء ب للخصم (185 دولارًا في عام 2019)، وعادةً، تأمين مشترك بنسبة 20 في المائة. لا يتم تحصيل أي رسوم تأمين أو خصم مقابل زيارة التعافي السنوية أو الخدمات الوقائية المصنفة "أ" أو "ب" من قبل فريق عمل الخدمات الوقائية بالولايات المتحدة، مثل التصوير الشعاعي للثدي أو فحوصات سرطان البروستاتا.

الجزء ج: يطلق عليه ميديكير "أدفانتج"، هو بديل للأجزاء أ و ب. يشمل التسجيل الطوعي، ويوفر تغطية لنفس الخدمات، ووفقًا لتقدير المؤسسة التي تقدم التغطية في بعض الأحيان مزايا إضافية، أما أحد الاختلافات الرئيسية بين الجزء ج والجزأين السابقين واللذين يطلق عليهما أحيانًا Medicare التقليدية، هو أن تغطية الجزء ج يتم تقديمها من خلال المنظمات الخاصة (على سبيل المثال، شركات التأمين وصناديق المرضى). في عام 2015، تم تسجيل 31٪ من المستفيدين من برنامج Medicare في خطط Medicare Advantage، لكن جوانب من قوانين الرعاية الميسرة ACA يمكن أن تؤدي إلى تخفيضات في التسجيل في المستقبل.

الجزء د: يشمل تغطية الأدوية بوصفة طبية، بدأ في سنة 2006 وهو أيضًا تطوعي. مثل الجزء ج، يتم توفير مزايا الجزء د من خلال شركات التأمين الخاصة. هناك العشرات من خطط الجزء د في كل ولاية بالإضافة إلى العشرات من خطط Medicare Advantage * التي توفر تغطية للأدوية في العديد من المناطق الحضرية[1] .

* Medicare Advantage وصل عدد الخطط المتاحة للمستفيدين من هذه الميزة بالنسبة لعام 2022 إلى 39 خطة، يتمتع المستفيد من هذا البرنامج بإمكانية الوصول، أي أكثر من ضعف عدد الخطط لكل شخص في عام 2017، وأكبر عدد من الخيارات المتاحة منذ أكثر من عقد. تستثني هذه الأرقام خطط أصحاب العمل أو المجموعات التي ترعاها النقابات وخطط الاحتياجات الخاصة (SNPs) وخطط PACE، والتي لا تتوفر إلا لمجموعة مختارة من السكان.

[1] Meredith Freed, Anthony Damico, and Tricia Neuman, Medicare Advantage 2022 Spotlight: First Look, Published: Nov 02, 2021, In Kaiser Family Foundation website, Retrieved on : January 02, 2022, form: Medicare Advantage 2022 Spotlight: First Look | KFF

أيضًا مثل الجزء ج، تختلف الأقساط والمزايا باختلاف الخطة، حيث تحدث المنافسة على أساس ليس فقط على الاختلافات في الأقساط، لكن أيضًا على الاختلافات في الفوائد، وعلى وجه الخصوص الأدوية التي تم تضمينها في كتيب الخطة والتي تكون مُدرجة على أنها أدوية مفضلة، وبالتالي فهي تخضع لمدفوعات أقل من المريض. أكثر من 60٪ من المستفيدين من برنامج Medicare مشمولون بموجب الجزء د. معظم المستفيدين الآخرين لديهم تغطية للأدوية من مصدر آخر، مثل التغطية من صاحب عمل سابق، لكن من 10٪ ليس لديهم أي تغطية للأدوية، نظرًا لوجود تغطية قليلة جدًا للعقاقير الطبية في برنامج Medicare الأصلي، أنشأ الكونجرس الجزء " د " D كجزء من قانون تحديث Medicare في عام 2003. تم تصميم الجزء" د " D من برنامج Medicare للمساعدة في جعل الأدوية ميسورة التكلفة للأشخاص المسجلين في برنامجMedicare "ميديكير" [1] .

بالإضافة إلى الخدمات غير المشمولة، هناك متطلبات كبيرة لتقاسم التكاليف مع المريض. نتيجةً لذلك، يحصل حوالي 90٪ من جميع المستفيدين على شكل من أشكال التغطية التأمينية التكميلية، بشكل أساسي من خلال خطط Medicare Advantage (التي تغطي عادةً خدمات إضافية) أو Medicaid أو سياسات خاصة تسمى[2] Medigap، وهو تأمين تكميلي لـ Medicare يساعد في سد "الثغرات" في برنامج Medicare الأصلي ويتم بيعه من قبل شركات خاصة. يدفع برنامج Medicare الأصلي الكثير، ولكن ليس كل تكلفة خدمات وإمدادات الرعاية الصحية المغطاة. يمكن أن تساعد بوليصة التأمين التكميلي في دفع بعض تكاليف الرعاية الصحية المتبقية.

2. **ميديكيد:** على عكس برنامج ميديكير المتاح لجميع الأفراد الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكبر، فإن برنامج ميديكايد هو وسيلة متواضعة لبرنامج تم تصميمه لتوفير التأمين الصحي لمن لديهم أدنى مستويات الدخل وأقل أصول، وللمعاقين، وكبار السن والفقراء مع تغطية ميديكير، وكذلك المعاقين وكبار

[1] Medicare.com, Medicare Part D Prescription Drug Coverage, Last Updated, 04/16/2021, Retrieved on: January 02, 2022, from: https://medicare.com/medicare-part-d/part-d-prescription-drug-coverage/

[2] Medicare Advantage Plans, Retrieved on January02, 2022, from the website: Medicare Advantage Plans | Medicare . https://bit.ly/3sQQSTn

السن الذين استنفدوا مواردهم المالية، نتيجة لنفقات الرعاية الطويلة الأجل الباهظة جدًا[1]. إن برنامج Medicaid هو مورد رئيسي لبعض الأمريكيين الأشد فقراً والمرضى. يتعين على الولايات الأمريكية تلبية معايير معينة للحكومة الفيدرالية، مثل المشاركة الطوعية من قبل الولايات، رغم أن جميع الولايات اختارت تاريخيًا المشاركة[2] .

المحصلة أن ميديكيد Medicaid برنامج تموِّله الحكومة الاتحادية وحكومات الولايات للمساعدة في دفع تكاليف الرِّعايَة الصحية. والغرضُ منه هو أنه لجميع الناس من جميع الأعمار الذين لديهم دخلٌ منخفض جدًّا وقلة في الأصول[3].

قبل قانون الرعاية الميسّرة ACA، كانت المجموعات الرئيسية التي يغطيها برنامج Medicaid عادةً هي:

• الأطفال منخفضو الدخل. • النساء الحوامل. • المعاقون من ذوي الدخل المنخفض. • كبار السن من ذوي الدخل المنخفض. • الآباء ذوي الدخل المنخفض لأطفال يتطلبون الإعالة.

يتم شراء الخدمات إلى حد كبير من القطاع الخاص، حتى عام 2014 كانت الحكومة الفيدرالية تدفع ما بين 50 و74٪ من تكاليف ميديكيد كمساعدة طبية بما يتناسب مع دخل كل ولاية معية الولايات التي تدفع الباقي. بدءًا من عام 2014، تغيرت المساهمات الفيدرالية بالنسبة لتلك الولايات التي وسعت برنامج Medicaid، حيث دفعت الحكومة الفيدرالية 100٪ من التكاليف لأولئك المؤهلين حديثًا، وانخفضت تدريجيًا إلى 90٪ بحلول عام 2020. يختلف اتساع التغطية عبر الولايات وفقًا لهذه المجموعات السكانية وحسب الولاية[4] .

في جويلية 2015 قامت 30 ولاية ومقاطعة بتوسيع نطاق تغطية Medicaid وفقًا لخطط الرعاية الصحية الميسرة ACA، بيد أنّ 20 ولاية لم تعمل على توسيع التغطية. أما في الولايات التي اختارت التوسيع فقد شمل ذلك جميع البالغين والأطفال بنسبة 138 ٪ من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) وهم

---

[1] Medicaid, 76.3 Million of People covered, Retrieved on January 02, 2022, https://bit.ly/3qK2GUK
[2] Medicaid State Plan Amendments, Retrieved on January 02, 2022, from the website, https://bit.ly/3eJD2Km
[3] أدلة MSD، ميديكيد، مسترجع بتاريخ 02 جانفي 2022، من موقع: https://msdmnls.co/3qAFVCA
[4] Op.cit, Andrew J. Barnes, Lynn Y. Unruh, Pauline Rosenau, and Thomas Rice, 08.

مؤهلون الآن للحصول على برنامج Medicaid. (في عام 2015، كان مستوى الفقر الفيدرالي 11.770 دولارًا للفرد الواحد و 24250 دولارًا لعائلة مكونة من أربعة)[1].

في الولايات الأخرى، الأطفال والنساء الحوامل الذين لديهم متطلبات الأهلية الأكثر تحرراً، يتوجب على الولايات تغطيتهم مثل النساء الحوامل والأطفال حتى سن السادسة، إذا كان دخلهم يساوي أو أقل من 138٪ من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6–18 حتى 100٪ من مستوى الفقر الفيدرالي FPL. تستخدم العديد من الولايات حدودًا أعلى أو أكثر سخاءً للدخل. عندما يتم الدمج مع تغطية CHIP المتعلق برعاية الأطفال، فإن الحالة المتوسطة توفر تغطية للأطفال تصل إلى 235٪ من FPL والنساء الحوامل حتى 185٪. لتوضيح الدور الحاسم الذي تلعبه ميديكيد للنساء الحوامل، يدفع البرنامج 45٪ من جميع المواليد في الولايات المتحدة الأمريكية، تكون التغطية أضيق إلى حد ما بالنسبة لكبار السن والمعاقين، مع استحقاق يصل إلى 75 ٪ من مستوى الفقر الفيدرالي – .[2]–FPL

في الولايات العشرين التي لم توسع التغطية، يواجه الآباء ذوي الدخل المنخفض للأطفال المعالين متطلبات الأهلية الأكثر صرامة، حيث أن سبع ولايات تغطيهم فقط إذا كانت دخولهم أقل من 40٪ من مستوى الفقر الفيدرالي FPL – كما هو في ولايتي ألاباما وتكساس أين تقدم مثل هذه التغطية حتى 18٪ فقط من FPL أي دخل سنوي حتى لو كان أقل من 2200 $.

في المقابل تغطي ولاية "كونيتيكت" ومقاطعة كولومبيا البالغين بما يزيد عن 200٪ من FPL أو أعلى مستفيدة من التمويل المشترك من قبل الحكومة الفيدرالية. يوضح هذا التباين الكبير في اتساع نطاق التغطية الموجود حاليًا بين الولايات، على الرغم من أنه تم تقليل هذا الاختلاف إلى حد كبير كنتيجة لقانون الرعاية الصحية الميسرة ACA. بحيث تتم تغطية 100٪ من التكاليف من الحكومة الفيدرالية لإضافة جميع الفقراء والأشخاص القريبين من مستوى الفقر حتى 138٪ يضافون إلى قوائم Medicaid لمدة 4 سنوات،

[1] Ibid.

[2] للعلم Scientific American، التغطية التأمينية الممتدة تخفض مرض الأمهات الحوامل، مسترجع بتاريخ 02 جانفي 2022 من موقع: https://bit.ly/3mRIaQZ

وبالتالي تنخفض المساهمة الفيدرالية تدريجياً إلى 90٪ في الولايات التي تختار التوسع في تغطية ميديكيد، لن تكون هناك قيود قاطعة مسموح بها – على سبيل المثال، يصبح الفقراء وحتى البالغين من الفقراء الذين ليس لديهم أطفال مؤهلين[1] .

قدمت عدة ولايات التماسات إلى الحكومة الفيدرالية لاتخاذ ترتيبات خاصة لتوسيع برنامج Medicaid وحصلوا على الموافقة على المتابعة. يُطلق عليها التنازلات التوضيحية وتتضمن عادةً استثناءات لقواعد Medicaid المعتادة التي تعد محايدة من حيث الميزانية. تشمل الأمثلة فرض دفع مشترك أو علاوة على المستفيدين من الخدمات، وفرض عقوبة على عدم دفع أقساط التأمين، وعدم تقديم برامج الحوافز الصحية، وتنظيم البرنامج مثل حساب التوفير الصحي (HSA). اعتبارًا من أفريل 2015 شرعت ست ولايات في توسيع برنامج Medicaid على هذا الأساس ومن المرجح أن يطلب عدد قليل من الولايات الأخرى مثل هذا التنازل[2] .

الدليل الأولي على فعالية هذه الابتكارات لحفظ الأموال العامة والخاصة، وتحسين نوعية الرعاية، و/ أو تحسين صحة السكان يعتبر أمرا محدودا. ومع ذلك، يتعين على الولايات بموجب نظام إدارة المحتوى الإبلاغ عن مثل هذه الأدلة أثناء العرض التوضيحي. تضيف جميع الإعفاءات تقريبًا إلى تعقيد برنامج Medicaid.

يعتبر نطاق التغطية بموجب برنامج Medicaid واسع عمومًا ولكنه يختلف باختلاف الولاية. يشترط القانون الفيدرالي أن تقدم الولايات الخدمات التالية: مستشفى للمرضى الداخليين والخارجيين، طبيب، ممرضة ممارسة، مختبرات وأشعة، تمريض منزلي ورعاية صحية منزلية لمن هم في سن 21 عامًا أو أكبر، الفحص الصحي لأولئك الذين تقل أعمارهم عن 21 سنة، تنظيم الأسرّة للمرضى، والنقل، الخدمات الأخرى اختيارية للولايات. يعني هذا التعيين أنه إذا اختارت الولاية تغطية الخدمة فستتلقى أموالاً مماثلة من الحكومة الفيدرالية.

---

[1] Mahan D, **State Medicaid expansion waivers**, 2015, retrieved on November 2, 2021, http://familiesusa.org/product/state-medicaid-expansion-waivers.
[2] Ibid.

تشمل الخدمات الاختيارية بعضًا من الخدمات الرئيسية مثل العقاقير التي تستلزم وصفة طبية والعناية بالأسنان، أيضًا الرعاية المقدمة من قبل المتخصصين إلى جانب الأطباء والممرضين الممارسين والمعدات الطبية والنظارات وإعادة التأهيل وأنواع مختلفة من الرعاية المؤسسية، الخدمات المنزلية والمجتمعية، وخدمات العناية الشخصية، ودور العجزة. ومع ذلك، تضع الولايات أحيانًا قيودًا على عدد الخدمات التي يتم تغطيتها سنويًا.

عادة ما تكون المدفوعات إلى الأطباء منخفضة، في عام 2013 أفاد حوالي 30٪ من الأطباء أنهم لن يتعاملوا مع مرضى جدد من المرضى المؤمنين في ميديكيد. أكثر من 70٪ من مستفيدي برنامج Medicaid موجودون في خطط رعاية منظمة وتدار بإحكام. تختلف الطبيعة الدقيقة لهذه الترتيبات من ولاية لأخرى، غالبًا ما تفضل أي ولاية أمريكية الرعاية المُدارة كوسيلة لتحسين الجودة والسيطرة على التكاليف ومن المرجح أن تعتمد عليها كما يتوسع البرنامج من خلال الأحكام الواردة في برنامج الرعاية الميسرة – ACA–[1].

3. **قانون الرعاية الميسّرة** "Affordable Care Act": تشريع فيدرالي أمريكي وقعه الرئيس الأمريكي أوباما في 23 مارس 2010، وهو التشريع الأساسي لإصلاح الرعاية الصادر عن الكونغرس رقم 111، يستهدف الأفراد الذين لا تشملهم بوليصات تأمين أصحاب العمل أو الذين ترعاهم الحكومة لتأمين الحد الأدنى من الرعاية الصحية، وإلا فسيلزم عليهم دفع غرامة[2].

–برامج التأمينات الخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية: في عام 2013 تم تغطية 170 مليون أمريكي بواسطة تأمين خاص، 151 مليون من هؤلاء حصلوا على تغطية برعاية صاحب العمل، في حين أن التأمين الذي يرعاه صاحب العمل يُعد دائمًا مفيدًا – يقوم أرباب العمل عمومًا بدعم أقساط التأمين – لكن هذا غير متاح للجميع. هناك شروط ومنها:

[1] Decker SL. "Two-thirds of primary care physicians: a baseline to measure future acceptance rates". Health Aff, (Millwood), 32 (7), (2013 Jul): 1183

[2] Wikipedia, Affordable Care Act, Retrieved on 2nd November 2021, https://en.wikipedia.org/wiki/Affordable_Care_Act

أولاً، من الضروري أن يكون موظفًا أو أن يكون فردًا من أسرة شخص عامل.

ثانيًا، يجب على صاحب العمل أن يقدم التغطية؛ حتى عام 2015 أو 2016، كان ذلك طوعيًا تمامًا من جانب صاحب العمل.

ثالثًا، إذا تم تقديم التغطية، يجب أن يكون الموظف مؤهلاً لها.

ورابعًا، حتى لو كان مؤهلاً، يجب أن يكون الموظف مستعدًا لدفع نصيب من الأقساط، والتي يمكن أن تكون كبيرة. بموجب هذه الشروط فإن الأشخاص الميسورين اقتصاديًا هم القادرون على تلبية هذه الشروط الأربعة المذكورة أعلاه. أما الأفراد والأسر الذين ليس لديهم دخول إلى سوق التأمين والذين ليسوا مؤهلين لـ ميديكير وميديكيد، غالبًا ما يطلبون التغطية بشكل فردي.

الفرع الثالث: إدارة المخاطر الصحية والاجتماعية لوباء كوفيد 19 (المخاطر العاجلة)

شهدت الولايات المتحدة منذ سنة 2010 العديد من الأوبئة الممتدة، إلا أن جائحة كوفيد 19 أحدثت تحولا كبيرا ما انعكس على سياسات الرعاية الصحية والاجتماعية والتعامل معها بطرق وآليات جديدة. حيث يرى الباحثون " أن عمق الصدمة التي سببتها الجائحة – والدروس المستفادة منها– ربما ستحفز كل بلد على حدة والمجتمع الدولي ككل على معاملة الصحة كإحدى أولويات السياسات العامة مما يجعل المجتمعات أسعد وأكثر إنتاجية، فكما قال المهاتما غاندي: الصحة هي الثروة الحقيقية"[1]

لذا وضعت الحكومة الأمريكية مجموعة من الأهداف لإدارة مخاطر كوفيد 19 ومنها[1]:

1. تسريع الوصول الواسع والمنصف إلى اللقاحات COVID-19 الآمنة والفعالة؛

2. تقليل تفشي الوباء والوفيات بتخفيف انتقاله، وتعزيز النظم الصحية بما في ذلك لمنع واكتشاف وإعادة التهديدات؛

[1] غيتا بات، الثروة الحقيقية، مجلة التمويل والتنمية، صندوق النقد الدولي، واشنطن، (ديسمبر 2021): 02.

[1] CDC, CDC Strategy for Global Response, Retrieved on July 21, 2022, https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/global-response-strategy.html

3. تلبية الاحتياجات الحادة، وتخفيف الصدمات المنزلية وبناء المرونة في التعامل مع الوباء؛

4. تعزيز الاقتصادات والأنظمة الحرجة الأخرى تحت ضغط الوباء لمنع التراجع وتمكين التعافي؛

5. تعزيز بنية الأمن الصحي الدولي لمنع التهديدات الودية والكشف عنها والاستجابة لها.

أما الأهداف الاستراتيجية فتتمثل في[1]:

1. تعزيز القدرة على التخطيط للتلقيح واللقاحات والعلاج وطرق تقديمها واستحداث نظم الصحة الالكترونية، وتقييم اللقاحات والتطعيم وبرامج العلاج باستخدام بيانات دقيقة ودقيقة.

2. تعزيز القدرات على المستويات القطرية والإقليمية لمنع واكتشاف والاستجابة لحالات كوفيد COVID–19 والوباء التهديدات المستقبلية لتعزيز القوى العاملة في مجال الصحة العامة؛ دعم النهج للوقاية والعلاج؛ وتعزيز أنظمة المراقبة ونظم المختبر لـ SARS–COV–2، وفيروسات الجهاز التنفسي الأخرى، والتهديدات الناشئة؛ وتحديث أنظمة البيانات لضمان توفر بيانات دقيقة ودقيقة لإبلاغ اتخاذ القرارات في الصحة العامة.

3. منع وتخفيف انتقال كوفيد 19 عبر الحدود، في التجمعات، وفي مرافق الرعاية الصحية، وبين عمال الرعاية الصحية، وتقليل اضطرابات الخدمات الصحية الأساسية لحماية برامج الصحة العامة الحرجة.

4. المساهمة في الفهم العلمي لكوفيد 19، والأوبئة الأخرى، والتهديدات الناشئة، ومعالجة الحالات فيما يتعلق بالطفرات، والحالات السريرية، وأنماط الإرسال، والعلاجات الجديدة، والتتابع طويل الأجل والحصانة.

5. تعزيز الهندسة المعمارية الصحية العالمية، والعمل مع الشركاء متعددي الأطراف ومتعددي القطاعات لزيادة المراقبة من خلال المختبرات، وأنظمة التنبيه، وقدراتها للوقاية والاكتشاف المبكر والفعال والاستجابة للصحة المحتملة وحالات الطوارئ[2].

---

[1] CDC, CDC Strategy for Global Response (2020-2023), Retrieved on July 24, 2022, www.cdc.gov/?url=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fglobal-covid-19%2Fglobal-response-strategy.html

[2] WHO, Changing the global health architecture, Retrieved on July 27, 2022, https://www.who.int/director-general/speeches/detail/changing-the-global-health-architecture

ولاحتواء هذه المخاطر يتم التعامل معها وفق الخطوات التالية:

1- التعرف على طبيعة المخاطر (تحليل المشكل): مع بداية انتشار فيروس كوفيد 19 قامت الحكومة الأمريكية بدق ناقوس الخطر، ووضع مراصد لتعقب انتشاره من خلال خلايا خاصة لمواجهة الأزمة والعمل على التوعية الجماعية بمخاطر الوباء.

2- تعيين لجان طبية صحية وتقنية قانونية وسياسية لمتابعة تفشي الوباء ومدى الخطورة، وجمع المعلومات وتقديم التعليمات اللازمة والارشادات والتوجيهات للتعامل مع الوباء،

3- أولا، وضع برامج ميدانية لمكافحة كوفيد عبر توفير الأدوية والفرق الطبية ووضع الترتيبات العاجلة لكسر سلسلة التفشي والحد من المخاطر، أي تقديم العمل الميداني العاجل لمواجهة الخطر.

4- ثم وضع الأطر التشريعية والتنظيمية القانونية لمواجهة وإدارة مخاطر الوباء وتخصيص الموارد البشرية والمادية اللازمة.

5- توفير اللقاحات اللازمة من خلال مكافحة كوفيد 19 وتحوراته المختلفة وموجاته المتعاقبة عبر اشراك مختبرات القطاع الخاص التي سارعت لاكتشاف لقاحات فعالة بنسب مختلفة وبدء برامج التلقيح السريع؛ حيث وصل عدد الملقحين في المراحل الأولى إلى أكثر من 215 مليون ملقح، كما تم إحصاء أكثر من ثلثي المسنين ممن تلقوا اللقاحات[1].

6- البدء في الاستعداد لتفاقم الوضع الاقتصادي والاجتماعي في مختلف المجالات لتأمين العمال وطلبة المدارس صحيا واجتماعيا بتفادي تنامي المخاطر الاجتماعية والتخفيف من حدتها. حيث شهدت تضرر كلي لـ 46 بالمئة من المدارس، لذا وقرت مع سنة 2020 الحكومة الأمريكي ما مقداره 1.30 مليار دولار لإعادة فتح هذه المدارس. والعمل مع الكونغرس لتوفير الموارد المالية إثر الاغلاق الاقتصادي وفرض الحجر الصحي[2].

[1] The white House, National COVID-19 Preparedness Plan, Retrieved on July 20, 2022, https://www.whitehouse.gov/covidplan/
[2] Ibid

حيث أن الوباء أدى إلى ركود اقتصادي كبير مما حتم على الحكومة الأمريكية المبادرة باتخاذ قرارات في هذا الشأن للتقليل من حدة التأثيرات الاقتصادية الاجتماعية لم يقتصر التأثير على الداخل الأمريكي بل امتد إلى التجارة الخارجية والسياحة ومختلف المجالات الاقتصادية الأخرى خاصة بعد التوتر والحرب التجارية بين الولايات المتحدة الأمريكية والصين[1].

كما قام الرئيس الأمريكي "بايدن" سنة 2021 بالبدء بالتعاون متعدد الأطراف من خلال دعوة شركاء مجموعة العمالقة السبعة G7 إلى إعطاء الأولوية "لآلية تمويل الأمن الصحي المستدامة التي تهدف إلى تحفيز البلدان لبناء القدرة المطلوبة لإنهاء هذا الوباء ومنع الوضع التالي، أمع المساهمة الأمريكية على الأقل بـ 250 مليون دولار لمساعدة صندوق الوسيط المالي العالمي الجديد للأمن الصحي[2]. وذلك بهدف مواجهة عولمة مخاطر الأوبئة الممتدة كاستراتيجية عالمية لضمان الأمن الصحي الأمريكي.

ومن ثمة تم تطوير طرق الرعاية الصحية والاجتماعية العاجلة من جهة، ومن جهة ثانية وضع خطط استعجالية واستباقية لمواجهة هذا النوع من المخاطر لتفادي آثارها الصحية والاجتماعية.

لكن تبعا لتطور المشاكل والمعضلات الاجتماعية، وكمحصلة لتعقيد وتشابك التفاعلات والعلاقات الاجتماعية في مجتمع المخاطر حدثت اختلالات في البناءات الاجتماعية تتمثل في استقطابات اجتماعية، مثل التهميش والإقصاء، كما ظهرت إشكاليات جديدة شكّلت مخاطر اجتماعية تتطلب حلولا وسياسات اجتماعية جديدة تتماشى مع هذا التطور والتعقيد، حيث حاولت الحكومة الأمريكية وضع سياسات اجتماعية وصحية لمعالجة هذا الواقع، إلا أنها كانت تواجه انتقادات عديدة من قبل المعارضين ومجموعات الضغط المختلفة.

---

[1] WHO, Changing the global health architecture, Retrieved on July 27, 2022, https://www.who.int/director-general/speeches/detail/changing-the-global-health-architecture

[2] Op, cit, The white House, National COVID-19 Preparedness Plan.

المطلب الثالث: مدى نجاعة السياسات الصحية الأمريكية في مواجهة المخاطر الاجتماعية

تسعى الحكومة الأمريكية لإيجاد حلول لثلاث محاور كبرى من الانشغالات التي تؤرق صانعي السياسات الصحية الأمريكية تتعلق بـ: الوصول، التكلفة، والجودة في الرعاية الصحية لتحقيق أكبر قدر من الجدوى، حيث أن أغلب البرامج التي سُطّرت كانت ترمي إلى تحقيق أكبر قدر من المنفعة الخاصة والمصلحة العامة، إلا أنّ هذه السياسات والبرامج كانت تواجه بجملة من الانتقادات من قبل المعارضين وبعض الجماعات الضاغطة لتفضي إلى إيجاد تعديلات تتماشى مع مصالحها وتوجهاتها المختلفة.

الفرع الأول: أبرز تحديات سياسات الرعاية الصحية الأمريكية

تتجه الاهتمامات لإيجاد حلول لهذه الإشكاليات والتحديات، ومن أهمها:

1– **توفير التغطية الصحية:** استمر الجدل ولازال قائما حول مدى الوصول إلى التغطية الصحية، للحصول على الرعاية، تَمَحور الجدل بطريقتين: الطريقة (الأولى) جميع المواطنين لهم الحق في نفس المستوى من الرعاية و(الثانية) لكل المواطنين الحق في حد أدنى من الرعاية، لذا فإن التساؤل الذي بقي مطروحا لدى متخذي القرار في السياسات الصحية الأمريكية، حول الموقف الذي يجب أن تتبناه الولايات المتحدة.

يستنتج في المحصلة أن الجهود كانت مبذولة لضمان الوصول إلى الخدمات الشاملة، وكانت موجهة في المقام الأول إلى الفئات السكانية الأكثر احتياجًا ونقص الخدمات، كما هو الحال مع برنامج ميدكيد[1]. حيث أن تغطيتها مقيدة بخصومات عالية ومدفوعات مشتركة واستبعاد خدمات معينة. إجمالا 54 في المائة من الأمريكيين لديهم تأمين خاص، إما من خلال أرباب عملهم أو من مواردهم الخاصة. حوالي 29 في المئة لديهم شكل من أشكال التأمين العام (ميديكيد، ميديكير، وغيرها)، و16 في المئة غير المؤمن عليهم.

[1] FIERCE Healthcare, How Medicaid Works with other Health Coverage, Retrieved on January 22, 2022, https://www.fiercehealthcare.com/sponsored/how-medicaid-works-other-health-coverage

وتصل هذه النسبة المئوية النهائية إلى ما يقرب من 50 مليون أميركي، بمن فيهم 8 ملايين طفل، يفتقرون إلى التأمين الصحي، حيث يوضح الجدول التالي توزيع هذه التغطية[1].

جدول رقم: 16 – يبين توزيع تغطية الرعاية الصحية في الولايات المتحدة سنة 2020

مصدر التغطية.	نسبة المستفيدين من التغطية.
أصحاب العمل.	% 49
الأفراد.	05 %
ميديكيد.	16 %
ميديكير.	12 %
الجمهور.	01 %
غير المؤمنين.	16 %

المصدر: Libraries, 13.4 Problems of Health Care in the United States

https://open.lib.umn.edu/socialproblems/chapter/13-4-problems-of-health-care-in-the-united-states/

2– **نوعية الخدمات الطبية:** تعرف نوعية الرعاية الصحية على أنها تطبيق العلوم والتكنولوجيا الطبية بطريقة تزيد من فائدتها على الصحة دون زيادة المخاطر، حيث تتميز هذه الجودة بثلاثة مكونات وهي: –جودة التقنية – فعالية الرعاية في تحقيق مكاسب صحية قابلة للتحقيق– تلبية احتياجات المريض وتفضيلاته؛ والمرافق مثل البيئة المادية وسمات المنظمة، وتتضمن مشكلات ضمان العدد الكافي من أنواع مقدمي الخدمة وتوزيعهم الجغرافي المرغوب فيه من معضلات توفير النوعية في الخدمات الطبية والصحية[2] .

[1] Libraries, 13.4 Problems of Health Care in the United States, Retrieved on January 22, 2022, https://open.lib.umn.edu/socialproblems/chapter/13-4-problems-of-health-care-in-the-united-states/

[2] Mosadeghrad AM. "Healthcare service quality: towards a broad definition". Int J Health Care Qual Assur. 26 (3) (2013) :203-19, 204.

يعتبر النقاش في الولايات المتحدة الأمريكية حول توفير الأطباء من أهم قضايا السياسة العامة وليس السياسة الصحية فقط على الرغم من تزايد أعداد الأطباء، حسبما يوضحه الجدول التالي:

جدول: 17- يبين عدد الأطباء المتخصصين في الرعاية الطبية في الولايات المتحدة سنة 2020 [1]

توزيع عدد الأطباء المتخصصين في الرعاية في الولايات المتحدة سنة 2004			
التخصص.	الرعاية الأولية	التخصصات الفرعية	المجموع
عدد الأطباء.	222059	398569	620627

المصدر : : Phillips, Robert L. "Primary care in the United States: problems and possibilities. From
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1309658/

إذ أن قرارات السياسة تؤثر على عدد الأشخاص الذين يدخلون مهنة الطب؛ وهذا العدد بدوره له آثار على السياسات المتعلقة بالوصول والتكلفة وزيادة عدد الأطباء. فعدد الوافدين الجدد إلى المهنة يتأثر ببرامج الحكومة مثل مساعدة طلاب تخصص الطب، والمنح الحكومية المقدمة مباشرة إلى المؤسسات التعليمية. قد تؤدي زيادة المعروض من الأطباء - وخاصة المتخصصين - إلى زيادة نفقات الرعاية الصحية بسبب زيادة الطلب على الرعاية التي يسببها هؤلاء الأطباء.

وعلى الرغم من تزايد أعداد الأطباء المتخصصين في الرعاية الطبية سنة 2010، إلاّ أن إشكال التغطية الصحية بقي قائما من حيث التوزيع الجغرافي حيث تستحوذ المدن على النصيب الأوفر مقابل الأرياف والمناطق النائية، مما يخلق معضلة أعداد العاملين في المجال الطبي من جهة أولى، ومعضلة وصول الرعاية الصحية ونوعيتها من جهة ثانية.

[1] Phillips, Robert L. "Primary care in the United States: problems and possibilities." BMJ (Clinical research ed.), vol. 331,7529, (2005), 1401, Retrieved on 22nd January 2022, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1309658/

جدول رقم: 18 – يبين التوزيع الجغرافي لممتهني الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 2010[1]

التوزيع الجغرافي	الممرضون الممارسون	الأطباء الممارسون	الطاقم الطبي	الممرضون الممارسون	الأطباء الممارسون	الطب العائلي	الطب العام الداخلي	طب الأطفال العام	بالنسبة المئوية للسكان
المدن	84.3	84.4	91.0	72.1	75.1	77.5	89.8	77.6	80
الريف الكبير	8.9	8.8	6.5	11.0	11.6	11.1	6.7	9.6	10
الريف الصغير	3.9	3.7	1.7	7.7	9.6	7.2	2.4	7.3	05
الريف المعزول والحدود	2.3	3.0	0.1	9.1	6.3	4.2	1.1	5.5	05
التوزيع الجغرافي لمهنيي الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية لسنة 2010									

المصدر : Petterson SM, Phillips RL Jr, Bazemore AW and Koinis GT, "Unequal distribution of the U.S. primary care workforce, P 01.

ومن جهة أخرى يعتبر أطباء الرعاية ضرورة ملحة لتوفير الرعاية الصحية الأساسية للمؤمن عليهم حديثًا في إطار أي توسع في تغطية التأمين الصحي. ولذلك من المحتمل أن يبقى قانون الرعاية الميسّرة ACA غير فعال في تحقيق أهداف الوصول إذا لم يزداد عدد أطباء الرعاية الأولية.

كحل لهذا الإشكال يتفق الجمهوريون والديمقراطيون على ضرورة الحفاظ على مراكز الصحة المجتمعية كشبكة أمان للمحرومين. وبالتالي تم تعزيز الدعم الفيدرالي لهذه المراكز، وتضاعف تمويل مراكز الصحة المجتمعية على مدى 05 سنوات في ظل إدارة جورج دبليو بوش، تلقى هذا البرنامج 02 مليار دولار أمريكي

[1] Petterson SM, Phillips RL Jr, Bazemore AW and Koinis GT, "Unequal distribution of the U.S. primary care workforce", Am Farm Physician, 1; 87(11), (2013 Jun), 01.

في قانون التعافي وإعادة الاستثمار لعام 2009. بالإضافة إلى ذلك، أنشأ قانون الرعاية الميسّرة ACA صندوقا لمركز الصحة المجتمعية الذي قدم 11 مليار دولار كتمويل على مدى 05 سنوات لتمتد لسنة 2020 لتوسيع المراكز الصحية عبر الولايات المتحدة الأمريكية.

3- **الوصول المتكامل:** لا يزال الوصول إلى الرعاية يمثل مشكلة في العديد من المجتمعات، ويرجع ذلك جزئيًا إلى أن السياسات الصحية التي تم سنها منذ عام 1983 ركزت على العناصر المحددة بدقة في نظام التوصيل. لم يكن لدى الولايات المتحدة استراتيجية موحدة لإصلاح النظام الشامل بناءً على سياسة الخدمات المتكاملة. على الرغم من زيادة الاعتماد على مؤسسات الرعاية المسؤولة المقترحة كما أن معضلة الوصول مرتبطة بتكاليف الدفع نظرا لسيطرة نظام السوق والعرض والطلب على الرعاية والخدمات الصحية[1].

4- **الوصول إلى المسنين:** تنبع الإشكالية من الافتراض أن كبار السن هم بحاجة إلى مساعدة عامة لتمويل رعايتهم الصحية على أساس أنهم من الفئات الهشة. وتوفير خدمات دعم الحياة المجتمعية المقترحة من قانون الرعاية الميسّرة ACA، والأحكام الأخرى مثل تكامل خدمات الرعاية طويلة الأجل. مثلا، يجب دمج خدمات الرعاية طويلة الأجل ليس فقط في نطاق خدماتهم الخاصة ولكن أيضًا مع نظام تقديم الرعاية الصحية الأكبر.

من المثير للدهشة أن أمريكا تنفق الكثير على الرعاية الصحية مقارنة بالدول الأخرى، ومع ذلك لا يوجد وصول مناسب للرعاية الصحية لكبار السن، لذلك يعتبر ميديكير برنامج تأمين صحي تم تصميمه مع مراعاة مصالح كبار السن في الدولة، على الرغم من تغطية غالبية كبار السن في إطار هذا البرنامج، إلا أنهم محرومون من الرعاية والعلاج[2].

5- **الوصول إلى الأقليات:** يشير التفاوت في الصحة والرعاية الصحية إلى الاختلافات في الصحة والرعاية الصحية بين المجموعات والتي تنبع من أوجه عدم المساواة الأوسع. هناك تعريفات متعددة للتفاوتات الصحية. يُعرِّف برنامج Healthy People 2020 التفاوت الصحي بأنه نوع معين من الاختلاف الصحي

[1] Dixon J, "US health care, I: The access problem". BMJ. 305, (6857), (1992): 817-819, 817.
[2] Created by Baby Boom Health, How to solve the difficulties in accessing elderly healthcare in the USA, Retrieved on January 2, 2022, https://www.playbuzz.com/babyboomhealth10/how-to-solve-the-difficulties-in-accessing-elderly-healthcare-in-the-usa

يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالضرر الاجتماعي والاقتصادي و/ أو البيئي، ويلاحظ أن التفاوت يؤثر سلبًا على مجموعات الأشخاص الذين عانوا بشكل منهجي من عقبات أكبر في مجال الصحة. على أساس مجموعتهم العرقية أو الاثنية؛ دين؛ الوضع الاجتماعي والاقتصادي؛ جنس ذكور أو إناث؛ عمر؛ الصحة النفسية؛ الإعاقة الإدراكية أو الحسية أو الجسدية؛ الميول الجنسية أو الهوية الجنسية؛ الموقع الجغرافي؛ أو خصائص أخرى مرتبطة تاريخيًا بالتمييز أو الإقصاء[1].

تعتبر الأقليات أكثر عرضة من البيض لمواجهة مشاكل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. ومع ذلك، باستثناء السكان الأصليين الأمريكيين، لا توجد في الولايات المتحدة برامج مصممة خصيصًا لخدمة احتياجات هذه الأقليات وخاصة من السود. يتطلب حل المشاكل التي تواجه مجموعات الأقليات سياسات مصممة لاستهداف الاحتياجات الخاصة للأقليات، وتشجيع برامج التعليم المهني التي تراعي احتياجاتهم الخاصة، وتطوير برامج لتوسيع تقديم الخدمات إلى المناطق المأهولة بالأقليات، وذلك للتقليل من مخاطر العنف والجريمة والتمييز العنصري داخل المجتمع الأمريكي[2].

كمحاولة لحل مثل هذه الإشكالية في إطار سياسة التقليل من المخاطر الاجتماعية تمت إعادة تفويض مكتب صحة الأقليات من قبل قانون الرعاية الميسّرة ACA في عام 2010 لتحسين صحة الأقليات العرقية والاثنية عن طريق تطوير سياسات وبرامج صحية من شأنها القضاء على الفوارق الصحية[3] .

في 2011، تم إطلاق خطتين استراتيجيتين للحد من التفاوتات، وهما:

– خطة عمل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية لتقليل التفاوتات العرقية والصحية،

–وخطة الاستراتيجية الوطنية لأصحاب المصلحة لتحقيق العدالة الصحية.

---

[1] Nambi Ndugga & Samantha Artiga, Disparities in Health and Health Care: 5 Key Questions and Answers, Published: May 11, 2021, Retrieved on January 2, 2022, https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/disparities-in-health-and-health-care-5-key-question-and-answers/

[2] Ibid.

[3] Omolola E. Adepoju, Michael A. Preston and Gilbert Gonzales. Health Care Disparities in the Post–Affordable Care Act Era. American Journal of Public Health, Vol 105, No. S5 (2015): S665.

وفي عام 2013، تم تحديث المعايير الوطنية للخدمات الصحية الملائمة ثقافيًا ولغويًا والرعاية الصحية والتي يطلق عليها (معايير CLAS الوطنية) في محاولة لتحسين العدالة الصحية.

6- **الوصول في وإلى المناطق الريفية:** إن تقديم خدمات الرعاية الصحية في المجتمعات الريفية الأمريكية يطرح دائمًا التساؤل حول كيفية تقديم رعاية طبية متقدمة إلى المقيمين في مناطق قليلة الكثافة السكانية في مجال الرعاية الصحية الحرجة وطويلة الأجل، ومجال الرعاية الطبية.

يعتبر تمويل المعدات عالية التقنية لعدد قليل من الناس غير فعال ومكلف ماليا، كما أن العثور على الأطباء الذين يرغبون في العيش في المناطق الريفية يعد أمرًا صعبًا. ولذا من المتوقع أن يزداد استخدام التطبيب عن بعد من خلال الصحة الإلكترونية وخاصة في معالجة الأوبئة، كوسيلة لزيادة وصول المرضى المصابين بأمراض مزمنة في المناطق الريفية.

لقد توقع تقرير حديث أن عدد المستهلكين الذين يستخدمون تطبيقات الاتصالات السلكية واللاسلكية في المنزل في نمو مستمر، وبلغ في الولايات المتحدة الأمريكية 78.5 مليون بحلول عام2020 [1].

إلا أن التمويل الأخير المقدم في إطار قانون الرعاية الصحية ACA يغطي فقط فترة زمنية محدودة لكل طبيب، وهو لا يساعد في التخفيف من النقص في عمل الرعاية الصحية على المدى الطويل.

7- **الوصول إلى منخفضي ومحدودي الدخل:** ينتشر الفقر في الولايات المتحدة الأمريكية، ويؤثر على ما يصل إلى 45 مليون شخص، وقد حدد العديد من الباحثين مجموعة من العوامل التي تساهم في حالة الفقر. في حين أن الفقر يمكن أن يصيب أي شخص، فإن عوامل الخطر لوجود دخل منخفض تشمل أن تكون من غير البيض أو الأقليات الاثنية، والمهاجرون إلى الولايات المتحدة، ومستوى التعليم المنخفض، وعوامل الخطر هذه غالبا ما تؤدي إلى الوصول المحدود إلى الرعاية الصحية[2] .

---

[1] Linkedin, Jason Oliva on in HOME CARE, NEWS, TECHNOLOGY, 78 Million Consumers Will Use Home Health Tech by 2020, Retrieved on June 27, 2022, https://www.linkedin.com/pulse/78-million-consumers-use-home-health-tech-2020-bradley-needham

[2] Malerie Lazar and Lisa Davenport, "Barriers to Health Care Access for Low Income Families: A Review of Literature", Journal of Community Health Nursing, 2018, VOL. 35, NO 1, 28–37, (2018): 28.

يوجد عدد كبير من البرامج الحكومية وغير الهادفة للربح لمساعدة ذوي الدخل المنخفض لتلبية الاحتياجات الأساسية مثل الغذاء والماء والمأوى، وبينما توجد برامج للتخفيف من تفاوتات الرعاية الصحية، فإن النظام شامل بشكل كبير عديد العيوب. بعد مراجعة الأدبيات من السنوات الخمس عشرة الماضية، من الواضح أن أبرز العوائق التي تحول دون الوصول إلى الرعاية الصحية للعائلات والأطفال ذوي الدخل المنخفض هي الافتقار إلى التعليم، ومضاعفات التأمين الصحي، وانعدام الثقة الشخصية في مقدمي الرعاية الصحية في الولايات المتحدة تكون الأمهات ذوات الدخل المنخفض وأطفالهن أكثر عرضة لعدم الوصول إلى التغطية الصحية، تعيش العديد من هذه العائلات في مناطق تفتقر إلى الخدمات الطبية، مثل المدن الداخلية وبعض الأحياء الفقيرة[1] .

كما أن النساء الحوامل في الأسر منخفضة الدخل أقل احتمالاً بكثير لتلقي رعاية ما قبل الولادة مقارنة بالنساء في الفئات ذات الدخل المرتفع. مما يجعلهن عرضة لمخاطر اجتماعية عديدة، ولذا حاولت القوانين الجديدة التركيز عليهن على أساس حماية الفئات الهشة.

8- **الوصول إلى الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز:** يواجه الأشخاص الذين يعانون من نقص المناعة البشرية (HIV) / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) عقبات كبيرة في الحصول على التغطية التأمينية، ويمكن أن يؤدي مرضهم إلى كارثة صحية نتيجة ارتفاع نفقات الرعاية. على الرغم من أن قانون الرعاية الميسّرة ACA يقرّ أنه من غير القانوني رفض التغطية التأمينية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز[2].

مع ذلك، بسبب المتطلبات القانونية العديدة التي تضع أعباء متزايدة على شركات التأمين الصحي، من المتوقع أن ترتفع أقساط التأمين بالنسبة للعديد من المؤمن عليهم. إذا حدث هذا، فإن الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز وغيرهم من الأفراد الذين يعانون من حالات خطيرة موجودة

---

[1] Ibid, 30.

[2] HIV.ORG. the Affordable Care Act and HIV/AIDS. Updated: January 17, 2022. Retrieved on April 05, 2022, https://www.hiv.gov/federal-response/policies-issues/the-affordable-care-act-and-hiv-aids

مسبقًا يمكن أن ينتهي بهم الأمر في قوائم برنامج Medicaid وهذا ينطبق كذلك على مواجهة الأوبئة، مما قد يؤدي إلى خلل في النظام الصحي ومباغتة السياسات الصحية[1].

9- **تكلفة الرعاية الصحية في الولايات المتحدة:** حيث أن تكاليف الرعاية الصحية حتى مع استحداث قانون الرعاية الصحية الجديد لعام 2010 لا تزال مرتفعة.

لذلك لم يحظ أي جانب آخر من جوانب سياسة الرعاية الصحية باهتمام أكبر خلال أكثر من 30 عامًا الماضية من جهود احتواء تكاليف الرعاية الصحية، كان السلاح الرئيسي للحكومات الأمريكية للتحكم في التكلفة هو تخفيض المدفوعات لمقدمي الخدمات[2].

بعض البرامج حققت نجاحًا في تقليص تكاليف المرضى الداخليين، لكن تكاليف العيادات الخارجية استمرت في الارتفاع. حيث لا يخضع النظام المجزأ متعدد الطبقات لسياسة مركزية لاحتواء التكلفة، مثلا ارتفع الإنفاق على العقاقير التي تستلزم وصفة طبية بسرعة على مدار السنوات القليلة الماضية، مما أدى إلى ارتفاع كبير في تكاليف الرعاية الصحية الإجمالية. زاد الإنفاق الإجمالي على العقاقير التي تستلزم وصفة طبية أكثر من 12٪ في عامي 2014 و2015، وهي أكبر زيادة في أكثر من 10 سنوات؛ هذا ما يثقل الميزانية العامة من جهة ويزيد من أعباء المواطنين. على الرغم من زيادة مدخرات وميزانية الرعاية الصحية، كما يوضحه الجدول التالي:

---

[1] HIV GOV, The Affordable Care Act and HIV/AIDS, Retrieved on 23rd January 2022, https://www.hiv.gov/federal-response/policies-issues/the-affordable-care-act-and-hiv-aids

[2] Aitken M, et al, Has the era of slow growth for prescription drug spending ended?, Health Affairs 35, no. 9, (2016) : 36.

جدول: 19–مدخرات الحكومة الأمريكية من مشروع قانون الرعاية الصحية الجديد، 2010–2019، بالمليار دولار أمريكي[1].

بند	ميزانية المدخرات–مليار دولار
تحسينات إنتاجية Medicare	156.6
مدفوعات Medicare Adventage	135.6
مساعدات للمجتمع	70.2
تعديلات مدفوعات الرعاية الصحية المنزلية	39.7
مدفوعات Medicare	22.1
مرجعات لتحسين صندوق الرعاية الطبية	20.7
المجلس للاستشاري المستقل للدفع	15.1
التبسيط الإداري	11.6
المزيد	25.4
المبلغ الإجمالي	508.1 مليار دولار أمريكي

المصدر : ألبرت مورس، نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة – ما يحتاج حقًا إلى الإصلاح، من موقع:
https://econintersect.com/ar/wordpress/?p=9263

تشير الإحصائيات أن الزيادة الأخيرة في نفقات الأدوية كانت مبررة بإدخال اسم العلامة التجارية إلى السوق والزيادات في أسعار الأدوية الجنيسة، وبينت أن أكثر من 3500 دواء جنيس على الأقل تضاعف سعره من عام 2008 إلى عام 2015، مع زيادات تصل إلى 1000٪ لبعض الأدوية. أرجع المصنعون أسباب ذلك إلى تطوير البحوث العلمية وتكاليف التطوير لتبرير هذه الأسعار المرتفعة للأدوية، بالتزامن مع هذا الاتجاه حصلت العديد من الأدوية الجديدة عالية القيمة على موافقة تسويقية من إدارة الغذاء والدواء.

[1] ألبرت مورس، نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة – ما يحتاج حقًا إلى الإصلاح، 30 ماي 2011 اطلع عليه بتاريخ 02 فيفري 2022، https://econintersect.com/ar/wordpress/?p=9263

مع ذلك، لم يتم اتخاذ أي إجراء حكومي لمنع شركات الصيدلة من رفع الأسعار في المستقبل. وهكذا، ربما تستمر أسعار الأدوية الموصوفة في الارتفاع في السنوات القادمة، مما يعيق الوصول إلى تغطية أكبر نتيجة ارتفاع تكاليف الرعاية الطبية والصيدلانية.

10- **جودة الرعاية الصحية:** بالإضافة إلى إمكانية الوصول والتكلفة، فإن جودة الرعاية تعتبر الشغل الشاغل الرئيسي الثالث لسياسة الرعاية الصحية. في مارس 2001 أصدر معهد الطب الأمريكي تقريرًا شاملاً بعنوان "عبور فجوة الجودة". بناءً على الأدلة الشاملة التي جمعتها لجنة المنظمة الدولية للهجرة، حدد التقرير ستة مجالات لتحسين الجودة، وهي[1]:

- السلامة: يجب أن يكون المرضى آمنين في منشآت الرعاية الصحية كما هم في منازلهم.
- الفعالية: نظام الرعاية الصحية يجب أن يتجنب الإفراط في استخدام الرعاية غير الفعالة ونقص استخدام الرعاية الفعالة.
- التركيز على المريض: باحترام خيارات المريض، وثقافته، وسياقه الاجتماعي، ويجب دمج الاحتياجات الخاصة في تقديم الخدمات.
- حسن التوقيت: ضرورة تقليل أوقات الانتظار والتأخير باستمرار لكل من المرضى ومقدمي الرعاية.
- الكفاءة: يجب أن تشارك الرعاية الصحية في إنهاء السعي لخفض إجمالي التكاليف عن طريق الحد من النفايات، مثل إهدار الإمدادات، والمعدات، ورأس المال، والروح الإنسانية المبتكرة.
- الإنصاف: يجب أن يسعى النظام إلى إغلاق ثغرات في مجال الصحة.

ولغاية 2021 لا تزال هذه المعايير معمولا بها في الولايات المتحدة الأمريكية.

11- **البحث في مجال الجودة:** نتيجة البحث عن الجودة فإن إشكالية ارتفاع التكاليف ظهرت من جديد، لقد زاد التمويل لتقييم طرق العلاج الجديدة وأدوات التشخيص بشكل كبير، وكذلك تمويل البحث لقياس نتائج

[1] Berwick, D. M, A user's manual for the IOM's "Quality Chasm" report. Health Affairs 21, no. 3 (2002): 80–90.

التدخلات الطبية ومدى ملاءمة الإجراءات الطبية. إذ تتضمن مهمة البحث هذه عن الوصول إلى تحسين الجودة، والسلامة، والكفاءة، وفعالية الرعاية الصحية للجميع الأمريكيين. من خلال التطوير والعمل مع نظام الرعاية الصحية لتنفيذ المعلومات، من خلال ما يلي[1]:

- تطوير التكنولوجيا للترويج لتقديم أفضل رعاية ممكنة.
- تحوّل ممارسة الرعاية الصحية لتحقيق وصول أوسع إلى خدمات فعالة وتقليل تكاليف الرعاية الصحية غير الضرورية.
- تحسين نتائج الرعاية الصحية من خلال تشجيع مقدمي الخدمات، والمستهلكين، والمرضى لاستخدام المعلومات المستندة للأدلة لاتخاذ قرارات علاج صحيحة.

12- **تعاظم الأخطاء الطبية:** لإصلاح الممارسات الخاطئة بدأت الحكومة الفيدرالية الأمريكية إجراءاتها للتخفيف من أزمة الممارسات الخاطئة، وتكريس مزيد من الاهتمام لمراقبة جودة الرعاية الطبية مع قانون جودة الرعاية الصحية لعام 1986. هذا التشريع فرض إنشاء قاعدة بيانات وطنية داخل ادارة الصحة والخدمات الإنسانية لتوفير بيانات عن الإجراءات القانونية ضد مقدمي الرعاية الصحية. تساعد قاعدة البيانات الأشخاص الذين يجندون الأطباء في إحدى الولايات اكتشاف الإجراءات ضد هؤلاء الأطباء في ولايات أخرى.

حتى الآن، فشل إصلاح الضرر الشامل في أن يتجسد على الرغم من كثرة الحديث من السياسيين حول مدى استحسانه. وقد أفادت الأدبيات الحديثة على حد سواء وجود ارتباط بين نفقات سوء الممارسة الطبية والإنفاق على الرعاية الصحية[2]، واقترحت أن هناك القليل من الأدلة التي تبين أن الإصلاحات طريقة فعالة لتعامل مع سوء الممارسة الطبية. بعض الولايات الأمريكية لديها تعويضات محدودة عن الضرر في قضايا سوء الممارسة ولكن لم تظهر سياسة وطنية موحدة. أحد الأسباب الرئيسية للقصور الذاتي في هذا

[1] AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality About, Retrieved on January 2, 2022, https://bit.ly/3vkAbkD
[2] Bilimoria, K. Yet al," Association between state medical malpractice environment and surgical quality and cost in the United States". Annals of Surgery 263, no. 6 (2016): 1126–1132.

المجال هو معارضة مجموعات المستهلكين، الذين أكدوا أن الحد من قرارات الدعوى يضر بالضحايا من الأخطاء الطبية الفادحة ويقلل من الحوافز لحماية سلامة المرضى[1] .

الطريقة الأخرى التي يعمل بها البحث وتؤثر في صنع السياسات هي من خلال تحليل ما ينجح وما لا ينجح. تشمل الأمثلة تقييم البرنامج والبحث الناتج. غالبًا ما يتخذ شكل من المشاريع الإيضاحية التي تهدف إلى توفير أساس لتحديد الجدوى أو الفعالية أو التطبيق العملي لسياسة محتملة يمكن أن يساعد التدخل والتحليل في تحديد حلول لمشاكل السياسة الصحية. الطريقة التي يؤثر بها البحث في صنع السياسات هي من خلال الوصفات الطبية. يُظهر البحث أن مسار العمل الذي يفكر فيه صانعو السياسات قد (أو لا) يؤدي إلى عواقب غير مرغوب فيها أو غير متوقعة ويمكن أن يساهم بشكل كبير في صنع السياسات[2].

الفرع الثاني: نقد وتحليل برامج الرعاية الصحية

تعتبر نجاعة السياسة الصحية الأمريكية هدفا رئيسيا، رغم الإشكاليات العديدة التي تعترضها وتتطلب نقدا وتحليلا موضوعيا، وذلك بهدف تجاوز العراقيل ورسم استراتيجية مستقبلية وقائية. ومن أبرز النقاط التي يمكن الإشارة إليها في هذا المضمار، ما يلي:

– تعتري النظام الصحي الأمريكي نقاط ضعف ملحوظة في سياق الوصول والجودة والنتائج والنفقات سواء من قبل المنظور الأمريكي أو المنظورات الدولية. ففي عام 2013 قدر أن 44.6 مليون أمريكي دون سن 65 بما نسبته (16.7 ٪) غير مؤمن عليهم حسب بيانات وزارة الصحة الأمريكية[3].

إن توزيع غير المؤمن عليهم يتجه نحو أولئك الذين كانوا أكثر ضعفاً اقتصادياً، ففي عام 2013 إلى عام 2014 وعام 2015 كان ما يقرب من 30٪ من غير كبار السن من ذوي الدخل، كانوا أقل من ضِعْف مستوى الفقر المحدد اتحاديًا وكانوا من غير المؤمن عليهم، مقارنة بـ 05 ٪ فقط من هؤلاء الذين تجاوز

---

[1] Born, P. H., and J. B. Karl, “The effect of tort reform on medical malpractice insurance market trends”. Journal of Empirical Legal Studies 13, no. 4, (2016): 718–755.

[2] Ibid.

[3] Robin A. Cohen and Michael E. Martinez, Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates From the National Health Interview Survey. USA :U.S. Department of Health and Human Services - Centers for Disease Control and Prevention - National Center for Health Statistic, 2013, 01.

دخلهم 400٪ من مستوى الفقر، تباينت فعلا التغطية بشكل كبير حسب العرق / الإثنية أيضًا. من بين أولئك الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا، حوالي 16٪ من البيض غير اللاتينيين، و19٪ من الأمريكيين الأفارقة، و14٪ من الآسيويين غير مؤمنين. كان الأطفال الفقراء والقريبون من الفقر هم المجموعة التي لديها تغطية تأمينية متزايدة. بلغ معدل عدم التأمين في عام 2013 حوالي 07 ٪، أي أقل من نصف معدل عدم التأمين لدى الفقراء وشبه الفقراء والآباء والأمهات وكذلك البالغين الذين ليس لديهم أطفال[1]. عكست معدلات عدم التأمين المنخفضة للأطفال الفقراء والقريبين من مستوى الفقر من غير المؤمن عليهم إلى حد كبير واقعهم.

يتضح أن تغطية التأمين الصحي الخاص تزداد نتيجة لقرارات صاحب العمل والفرد والتأمين، إلى جانب الإعانات المقدمة لشراء التأمين الصحي، في الولايات التي اعتمدت توسيع Medicaid تمتد الأهلية إلى جميع الأفراد ذوي الدخل المنخفض تقريبا مع دخل أو أقل من 138 في المائة من الفقر (60،609 دولارا للفرد عام 2020). يتم ذلك من خلال ثلاث طرق أساسية[2] .

أ، حيث كان في السابق حوالي نصف الفقراء والبالغين من غير المؤهلين للحصول على برنامج Medicaid، جميع هؤلاء الأشخاص مؤهلون للتغطية في الولايات التي اختارت قبول التمويل الفيدرالي لتوسيع برنامج Medicaid.

ب، الغالبية العظمى من أولئك الذين تكون دخولهم مرتفعة للغاية بالنسبة لبرنامج Medicaid سيتم تأمينهم من خلال التغطية الخاصة المدعومة.

ج، يؤهل الأفراد الذين يعانون من حالات طبية موجودة مسبقًا لشراء التأمين ليكونوا قادرين على القيام بذلك بنفس السعر مثل الآخرين. في الولايات المتحدة، هناك علاقة مباشرة بين حالة التأمين والحصول على

[1] ASPE 2015 Poverty Guidelines, Retrieved on January 3, 2022, https://aspe.hhs.gov/2015-poverty-guidelines
[2] Rachel Garfield , Kendal Orgera, The Coverage Gap: Uninsured Poor Adults in States that Do Not Expand Medicaid, Retrieved on January 03, 2022, https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/the-coverage-gap-uninsured-poor-adults-in-states-that-do-not-expand-medicaid/

المصدر المعتاد للرعاية الطبية في مكتب الطبيب. بشكل عام، أولئك الذين لديهم تأمين صحي خاص وميديكير لديهم حق الوصول إلى عيادات الأطباء الخاصة[1].

تاريخيًا، للتغطية الفردية العديد من العيوب، وبالتالي يتم شراؤها عادةً إذا كانت التغطية التي يرعاها صاحب العمل غير متوفرة من قبل قانون الرعاية الميسرة ACA، فالخطط التي تشترى في السوق الخاص الفردي عادة ما تكون غير مدعومة، كانت متطلبات تقاسم التكاليف، في المتوسط أعلى، وأنواع أقل من الخدمات تميل إلى أن يتم تغطيتها. ومع ذلك، فإن سوق الفرد يتغير بشكل كبير مع إنشاء تبادلات التأمين الصحي بموجب قانون الرعاية الميسرة ACA. يُقدم بعض أصحاب العمل، ولا سيما الشركات الكبيرة منهم خيارات من منتجات التأمين الصحي لموظفيهم. من بين الشركات التي تقدم خيارًا ، فقط 20٪ من الموظفين على الصعيد الوطني يمكنهم الاختيار من بين ثلاث خطط أو أكثر[2]. بالنسبة لموظفي الحكومة الفيدرالية يمكن أن يكون لديهم عشرات الخيارات. يمكن للموظفين الذين لديهم خيار التبديل عمومًا إلى خطة مختلفة بغض النظر عن تاريخهم الصحي أو حالتهم مرة واحدة في السنة.

عبر مراحل تاريخية متعاقبة كان الترتيب الأكثر شيوعًا في الاستفادة من التأمينات والرعاية الصحية، كالآتي: تلك المقدمة لأرباب العمل من بين جميع الموظفين المشمولين، ففي عام 2014 تم تسجيل 58٪، و20 ٪ في صناديق المرضى، 08٪ في خطط نقاط الخدمة، و20٪ في الخطط ذات الخصم المرتفع، وأقل من 01٪ في خطط التأمين التقليدية (الرسوم التقليدية مقابل الخدمة)[3].

كان التغيير الأكبر في السنوات الأخيرة من 2018 إلى 2021 الارتفاع السريع نسبيًا في الخطط القابلة للاقتطاع مع خيار الادخار، والعديد من التي تم تصنيفها على أنها حسابات توفير صحي، يوافق صاحب البوليصة على شراء تأمين بخصم مرتفع (يبلغ متوسطه حاليًا حوالي 2200 دولار سنويًا للتغطية الفردية وذلك مرتين بالنسبة لتغطية الأسرة). يمكن تقديم مساهمات أقساط من قبل الفرد و/ أو صاحب

---

[1] Center on Budget and Policy Priorities, Policy Basics: Introduction to Medicaid, Retrieved on January 03, 2022, https://www.cbpp.org/research/health/introduction-to-medicaid

[2] Sachi Barreiro, Can Employers Offer Health Insurance Only to Certain Employees?, Retrieved on January 03, 2022,https://www.nolo.com/legal-encyclopedia/can-employers-offer-health-insurance-only-to-certain-employees.html

[3] Fronstin P, Features of employment-based health plans, EBRI Issue Brief (201) 1-21, (1998 Sep): 10.

العمل، هذه المساهمات معفاة من الضرائب، ويمكن أن تتراكم من سنة إلى سنة إذا لم يتم إنفاقها، وبالتالي يمكن استخدامها في النفقات الطبية المستقبلية، ويمكن سحبها للدفع مقابل الرعاية الطبية المؤهلة[1].

تهيمن الشركات الأكبر حجمًا على السوق على الصعيد الوطني في الولايات المتحدة الأمريكية على حصة السوق في التأمين الصحي، في عام 2013 غطت ثلاث من أكبر شركات التأمين 80٪ من الأشخاص المسجلين في أسواق التأمين الخاصة الفردية، والمجموعات الصغيرة، والمجموعات الكبيرة في ما لا يقل عن 37 ولاية[2] .

قبل جانفي 2014 قامت شركات التأمين بتسعير إنتاجاتها بطريقتين: تقييم التجربة وتصنيف المجتمع تحت تصنيف الخبرة، الذي يعد الأسلوب الأكثر شيوعًا واستخدامًا، حيث فرضت شركات التأمين رسومًا على أصحاب العمل (أو الأفراد) على أساس تجارب التكلفة السابقة أو عند نقص البيانات على النفقات المتوقعة. في المقابل استلزم الطريقة الثانية هي تصنيف المجتمع لفرض نفس السعر.

بطريقة تصنيف المجتمع يمكن أن يتم فرض رسوم على الأفراد الأكبر سنًا ولكن سيتم حظر الفروق ضمن المجموعات العمرية، بدلاً من تصنيف الخبرة، ومن خلال زيادة تجميع المخاطر إلى حد أكبر بكثير مما كان عليه حالة الماضي في الولايات المتحدة الأمريكية. ستؤدي التبادلات أيضًا إلى تقليص أو إلغاء حاجة الأفراد إلى شراء التأمين من خلال وكلاء أو وسطاء، يمكن أن تستوعب رسومهم 20٪ من إجمالي القسط خلال السنة الأولى من التسجيل.

–في المقابل تمت معارضة فوانين الرعاية الميسرة لسنة 2010 وما أعقبها من تعديلات من قبل الجمهورية بقيادة الرئيس الأمريكي الأسبق "دونالد ترامب" Donald. Trump ، و50 مجموعة حيث قدموا مجموعة من الانتقادات.

[1] How Do Health Plans Pay Physicians?, Retrieved on January 03, 2022, http://www.geom.uiuc.edu/usenate/payreport/how.html

[2] Jessica Kent, GAO: 3 Largest Payers Hold 80% of Private Health Insurance Market, Retrieved on January 03, 2022, https://healthpayerintelligence.com/news/gao-3-largest-payers-hold-80-of-private-health-insurance-market

–الرابطة الأمريكية للمتقاعدين American Association of Retired Persons (AARP): مؤكدين على أنه إضعاف لبرنامج ميديكير وتحويل المخاطر لكبار السن، ما يزيد من أقساط تأميناتهم ويعرضهم لمخاطر اجتماعية في مقابل استفادة شركات الأدوية الكبرى، كما يؤثر على 17.4 مليون طفل وبالغ وذوي الإعاقة وكبار السن بحرمانهم من خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية[1].

–الجمعية الطبية الأمريكية: American Medical Association التي يرمز لها ب AMA، حسب انتقادات هذه الجمعية فإن قانون الرعاية الصحية الأمريكي(AHCA) ، الذي أصدره الكونغرس يهدف إلى إلغاء واستبدال قانون الرعاية بأسعار معقولة (ACA) لكنها ترى بأنه لا يتماشى مع أهداف الإصلاح الصحي الذي حددته AMA لحماية المرضى. في حين أن ACA غير مثالي، فإن الإصدار الحالي من AHCA ليس تشريعا يمكن دعمه [2] .

أكد الرئيس التنفيذي لجمعية AMA أن التغييرات المقترحة على Medicaid من شأنها أن تحد من قدرة الولايات الأمريكية على الاستجابة للتغيرات في مطالب الخدمة، وتهدد التغطية للأشخاص ذوي الدخل المنخفض. وإلى أن التغييرات المقترحة في الإعفاءات الضريبية والإعانات لمساعدة المرضى على شراء تغطية التأمين الصحي الخاص من المتوقع أن تؤدي إلى عدد أقل من الأمريكيين الذين لديهم تغطية تأمينية.

–جمعية المستشفيات الأمريكية واتحاد المستشفيات الأمريكية: يرون أن أي تغييرات في ACA يجب أن تسترشد بضمان استمرار توفير تغطية الرعاية الصحية لعشرات الملايين من الأمريكيين الذين استفادوا من القانون. وبالتالي ترى أنه من السابق لأوانه اصدار قانون الرعاية الصحية لعام 2017.

–جمعية الرعاية الصحية الأمريكية American Health Care Association (AHCA) : اعترضت على قانون الرعاية الصحية للعام 2017 وترفض تضمين التخفيضات في برنامج Medicaid لإلغاء أوباما كير. يعمل نظام Medicaid الحالي على تمويل رعاية مراكز التمريض بمقدار 22.46 دولارا في اليوم،

[1] AARP PUBLIC POLICY INSTITUTE ISSUES Medicare, Medicaid and ACA, Retrieved on January 03, 2022, https://www.aarp.org/ppi/issues/medicare/

[2] AMA, Efforts to improve ACA implementation, Retrieved on January 03, 2022, https://www.ama-assn.org/delivering-care/patient-support-advocacy/efforts-improve-aca-implementation

مما يؤدي إلى نقص يبلغ حوالي 7 مليارات دولار سنويا. وسيخفض مشروع القانون الجديد بشكل حاد من أموال Medicaid في جميع المجالات لجميع المستفيدين، مما يجعل من الصعب أكثر من أي وقت مضى الحفاظ على الوصول إلى الرعاية لأكثر الفئات ضعفا في الولايات المتحدة[1] .

–المستشفيات الأساسية في أميركا: شعرت المستشفيات الأساسية في أمريكا بقلق عميق إزاء التشريع المتعلق بالإصلاحات في مجال الصحة، وأن هذه التشريعات يمكن أن تصبح عبئا ثقيلا على شبكة الأمان من خلال الحد من الدعم الفيدرالي لتوسيع برنامج ميديكيد بمرور الوقت، وفرض حدود قصوى للفرد الواحد على البرنامج.

وبالتالي يمكن أن تؤدي هذه التغييرات وحدها إلى تخفيضات كبيرة في تمويل المستشفيات الأساسية التي تعمل بهامش ضئيل أو بدون هوامش، ومن ثمة لا يمكن للمستشفيات أن تحافظ على مثل هذه التخفيضات دون تقليص الخدمات أو القضاء على الوظائف.

وعليه سيخفض مشروع القانون هذا تمويل Medicaid لكبار السن والأفراد ذوي الإعاقة، مما يعرض للخطر الوصول إلى الرعاية التي يحتاجون إليها. كما وقفت إلى جانب حماية وصول Medicaid لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة وإلغاء أوباما كير[2].

–المستشفيات والأنظمة الصحية الأمريكية: AHA جمعية تنوب عن ما يقرب من 5000 مستشفى عضو وأنظمة صحية ومنظمات رعاية صحية أخرى، والأطباء السريريين – بما في ذلك أكثر من 270000 طبيب منتسب، و 2 مليون ممرض وممرضة ومقدمي رعاية آخرين – و 43000 من قادة الرعاية الصحية الذين ينتمون إلى مجموعات العضوية المهنية، حيث تقدم جمعية المستشفيات الأمريكية (AHA) للتعبير عن آرائها بشأن قانون الرعاية الصحية الأمريكي، وكذا التشريع لإلغاء واستبدال قانون الرعاية بأسعار معقولة

[1] AHCA/NCAL / Membership / Insurance Solutions Insurance Solutions, , Retrieved on January 03, 2022, https://www.ahcancal.org/Membership/Pages/insurance-solutions.aspx

[2] Inflation Reduction Act: An Analysis for Essential Hospitals, Affordable Care Act (ACA) climate Congress Medicare, Aug. 18, 2022 || Staff, Retrieved on Aug 22, 2022, https://essentialhospitals.org/policy/inflation-reduction-act-analysis-essential-hospitals/

وترى أن أي تغييرات يجب أن تسترشد بضمان استمرارية توفير تغطية الرعاية الصحية لعشرات الملايين من الأمريكيين الذين استفادوا من القانون[1].

–الرابطة الوطنية للتعليم: National Education Association ترى أن إلغاء قانون مكافحة الفساد سيضر بالطلاب وأسرهم من خلال فرض تخفيضات على البرامج الحيوية، والحد من الدعم المالي للأمريكيين ذوي الدخل المنخفض، وفرض ضرائب على الطبقة الوسطى. خلاصة القول، سيدفع الأمريكيون العاملون أكثر مقابل تغطية أقل بينما يحصل مديرو التأمين والأثرياء على صدقات[2].

وترى أن هيئة الرقابة الإدارية وسعت التغطية لتشمل أكثر من 20 مليون أمريكي لم يكونوا مؤمن عليهم من قبل، مما قلل بشكل كبير من عدد الأطفال غير المؤمن عليهم. وسوف تعكس خطة قيادة الجمهوريين هذه المكاسب، مما يؤدي إلى احتمال فقدان الملايين للتغطية مع إجراء تخفيضات كبيرة في تمويل برنامج ميديكيد وفوائده والمستفيدين المؤهلين، وإجبار بعض الولايات على التفكير في تحويل الأموال من التعليم إلى الرعاية الصحية[3].

–صندوق الدفاع عن الأطفال: يحث صندوق الدفاع عن الأطفال القيادة في لجان الطرق والوسائل في مجلس النواب والطاقة والتجارة على عدم تحريك "قانون الرعاية الصحية الأمريكي" إلى الأمام خارج اللجنة. وتم إصدار مشروع القانون لإلغاء قانون الرعاية بأسعار معقولة وإهلاك Medicaid.

يرى هذا الصندوق يأخذ "قانون الرعاية الصحية الأمريكي" من الفقراء لإعطاء مئات الملايين من الدولارات في شكل إعفاءات ضريبية للأثرياء الذين هم في أمس الحاجة إليها. يدمر مشروع القانون ضمان

[1] AHA, Perspective: Building on the ACA to Advance Health for All Retrieved on, Nov 13, 2020, https://www.aha.org/news/perspective/2020-11-13-perspective-building-aca-advance-health-all

[2] Miguel A. Gonzalez , Health Care Act amendment makes terrible bill even worse, Published: 04/17/2017, Retrieved on June 29, 2022, https://www.nea.org/about-nea/media-center/press-releases/nea-revised-american-health-care-act-amendment-makes-terrible

[3] Miguel A. Gonzalez,: Repealing the Affordable Care Act will harm millions of students and families, Published: 03/08/2017, Retrieved on February 20, 2022, https://www.nea.org/about-nea/press/press-releases/nea-repealing-affordable-care-act-will-harm-millions-students-and

برنامج Medicaid لمدة 50 عاما للتغطية الصحية الشاملة بأسعار معقولة للأطفال الفقراء وذوي الدخل المنخفض والأطفال ذوي الإعاقة[1].

ومن شأن مشروع قانون الاستبدال، بصيغته المكتوبة، أن يعكس مكاسب التغطية التي تحققت بموجب قانون مكافحة الفساد، مما يتسبب في فقدان العديد من الأميركيين تغطية الرعاية الصحية التي أصبحوا يعتمدون عليها.

الواقع أن قانون الرعاية الميسرة وقوانين الرعاية الصحية وجدت العديد من الانتقادات، غير أنها لم تلغيه داعية إلى تعديلات جديدة بين الفينة والأخرى، لذا تم اعتماد العديد من خطط إصلاح الرعاية لمواجهة المخاطر الاجتماعية.

[1] Kathleen King, The fight continues over the Affordable Care Act, March 29th, 2019, Retrieved on April 15, 2022, https://www.childrensdefense.org/blog/the-fight-continues-over-the-affordable-care-act

المبحث الثاني: مستقبل السياسة الاجتماعية والصحية الأمريكية في ظل إدارة المخاطر

وضعت الحكومة الأمريكية استراتيجيات وخطط مستقبلية للنهوض بالسياسات الاجتماعية، وذلك بهدف استحداث آليات فعالة لإصلاح السياسات الصحية وتطبيق برامج تتماشى مع آليات إدارة المخاطر من خلال وضع مجموعة من الأهداف ومتابعة مدى تحقيقها استجابة لميكانيزمات التغير التي تطرأ على المجتمع الأمريكي في مختلف المجالات وخاصة الصحية منها.

المطلب الأول: الآفاق المستقبلية للسياسة الصحية الأمريكية (2020 – 2030)

راهنت حكومة الرئيس السابق " حسين باراك أوباما" على نجاح قانون " أوباما كير"، لكن بمرور الزمن حدثت العديد من التغيرات فرضت استحداث خطط متجددة تتعلق بمزايا الرعاية الصحية والاجتماعية، لا تغطي فحسب الفترة من 2010 إلى 2020 بل تمتد إلى آفاق مستقبلية لغاية سنة 2030.

الفرع الأول: خطط إصلاح الرعاية الصحية الأمريكية لمواجهة المخاطر الاجتماعية

أدى حدوث تغيرات في المجتمع الأمريكي وتأثيرات السوق إلى تزايد العديد من المخاطر الاجتماعية، واصبحت العديد من البرامج التي تم رصدها في عقود سابقة لا تفي بالغرض، ولذا عملت الحكومة الأمريكية على استحداث إصلاحات عديدة، ومن أهمها:

–قانون حماية المريض والرعاية الميسرة أو المعقولة (ACA) : الذي يعدّ واحدًا من أهم إصلاحات نظام الصحة الأمريكي حتى اسنة 2022. فقد تم توقيع ACA ليصبح قانونًا في عام 2010، وكان من المقرر تنفيذه على مدار عدة سنوات. له نطاق واسع جدًا، وعلى الرغم من أن هدفه الأساسي هو زيادة الوصول

إلى الخدمات الصحية من خلال توسيع كل من التأمين الخاص والعام، إلا أنه تضمن أيضًا تدابير لتحسين الجودة والسيطرة على التكاليف[1].

حسب إصلاحات هذا القانون تقريبا كل شخص لابد أن يكون لديه تأمين، أو ما يسمى التفويض الفردي، كما أن هناك عقوبات على عدم الحصول على تأمين، بيد أنه يتم تطبيق استثناءات لأسباب دينية عند البعض، أو عدم القدرة على الدفع .

أعلنت الإدارة الأمريكية للخدمات الانسانية أن مشروع القانون سيزيد من" إجمالي النفقات الصحية الوطنية بزيادة أكثر من 200 مليار دولار من 2010 إلى 2019. حذر التقرير أيضاً أن الزيادة ستكون أكبر ، حيث أن تخفيض الرعاية الصحية في القانون سيكون غير واقعي وغير مستدام، مما اضطر المشرعين للتراجع عنها. يتوقع التقرير أن تخفيض الرعاية الصحية سيغرق ما يقارب من 15% من المستشفيات والمؤسسات الصحية الأخرى في الديون، مما قد يهدد الوصول "إلى الدعم على نطاق متدرج، لكنه يساعد الأفراد والعائلات على الشراء المطلوب لتغطية التأمين الصحي الخاص من خلال تبادل الرعاية الصحية[2].

على سبيل المثال عائلة مكونة من أربعة (جميعهم غير مدخنين) ذات دخل منخفض جدًا بمستوى 23،550 دولارًا أمريكيًا في عام 2014 ستحصل على ائتمان ضريبي لتغطية 95−100٪ من أقساط التأمين الخاصة بها من خلال تبادل التأمين الصحي الذي ترعاه الحكومة .نفس الشيء مع دخل قدره 40.000 دولار لكل عام سيحصل على ائتمان ضريبي بقيمة77 ٪ من التكلفة الإجمالية للتأمين الصحي. أما بالنسبة لمبلغ معين من التغطية التي تقدمها شركة تأمين خاصة معينة يمكن أن تختلف أقساط التأمين حسب منطقة التصنيف (أي الموقع الجغرافي) والعمر وحجم الأسرة واستخدام التبغ. كما تسمح الآلة الحاسبة المتوفرة على موقع التأمين الصحي لمن يسعون للحصول على تأمين بالتقريب تحديد مبلغ أو طريقة الدعم

---

[1] موقع معرفة، قانون حماية المريض والرعاية الميسرة (الولايات المتحدة)، مسترجع بتاريخ 07 جانفي 2022، https://bit.ly/3qRGnwy

[2] معرفة، الأثر على الانفاق، نفس المرجع، مسترجع بتاريخ 07 جانفي 2022، https://bit.ly/34x7tBF

الذي سيحصلون عليه[1]، وذلك بهدف الوصول الأسرع عن طريق تطبيقات الانترنت للذين يرغبون في الاشتراك في التأمينات والرعاية الصحية.

في خضم الإصلاحات تم إنشاء مبادلات للتأمين الصحي أو الحكومة الفيدرالية للتسهيل على المستهلكين واختيار سياسات التأمين الصحي من خلال توفير المعلومات في نموذج موحد. يتم تنظيم السياسات فيما يتعلق بما يجب أن تغطيه. لا يمكن لشركات التأمين التي تبيع من خلال البورصات رفض مقدم الطلب بسبب الحالة الصحية، ولا يمكنها فرض رسوم أكثر على أولئك الذين لديهم تاريخ من الحالات الطبية الموجودة مسبقًا. ومع ذلك، يمكن أن تختلف الأقساط بناءً على العمر، حالة التدخين، والموقع الجغرافي. لا يمكن وضع حدود سنوية أو مدى الحياة على قيمة التغطية التأمينية .

هناك أيضًا حدود على النسبة المئوية لأقساط التأمين التي يجب على شركات التأمين استخدامها من أجل الفوائد الصحية لمن يشترون بوليصات التأمين. فقد جعل القانون الحكومة الفيدرالية مسؤولة عن معظم تكاليف هذا التوسع في البرنامج بنسبة من 90 إلى 100 بالمئة من ميديكيد Medicaid في الولايات التي كانت أقل من المعيار الوطني الجديد. ومع ذلك نتيجة لقرار المحكمة العليا في 2011، مُنحت الولايات خيار عدم توسيع برنامج .Medicaid اعتبارًا من منتصف عام 2015، قامت 30 ولاية بتوسيع برنامج Medicaidمع عمل ولايات أخرى على التنازلات أو عدم اتخاذ أي إجراء. ومع ذلك، يمكنهم أن يختاروا المشاركة، فمنذ منتصف عام 2015 قامت 30 ولاية بتوسيع برنامج – Medicaid– ميديكيد[2] .

تم تعزيز مزايا الرعاية الطبية من قبل قانون الرعاية الميسرة .ACA مع الوقت، تمت إزالة فجوة التغطية لتغطية الأدوية التي تستلزم وصفة طبية. إن خطط Medicare Advantage وهي (أشكال خاصة من مصادر خارجية من الرعاية الطبية المدارة) تشهد تخفيضات في حجم المبالغ التي تدفعها الحكومة الفيدرالية لرعاية مرضى Medicare بسبب وجود دليل على أنهم قد حصلوا على الكثير من الأموال أكثر من تكاليفها

[1] Kaiser Family Foundation. Subsidy calculator, 2013, Retrieved on 07 January 2022, http://kff.org/interactive/subsidy-calculator/

[2] Rosenbaum S, Westmoreland TM. "The Supreme Court's surprising decision on the Medicaid expansion: how will the federal government and states proceed?" Health Aff (Millwood), 31(8), (2012 Aug):1663-72, 1665.

في الماضي. أولئك الذين يحصلون على درجات أعلى في جودة الرعاية يتلقون مكافآت، أما أولئك الذين حصلوا على درجات أقل، فسيتلقون غرامات مالية[1] .

بالإضافة إلى ذلك، يجب على أصحاب العمل الذين لديهم 50 موظفًا أو أكثر تقديم تأمين صحي، وإلا فسيواجهون عقوبة سارية المفعول في عام 2015. أصحاب العمل الصغار ليس لديهم اموال كافية لتوفير التغطية، على الرغم من أن موظفيهم لا يزالون خاضعين للولاية. بعض أرباب العمل الصغار يحصلون على ائتمانات ضريبية لتقديم التغطية .

يتضمن قانون الرعاية الميسرة ACA تجارب مع أنظمة الدفع المبتكرة التي تتجنب المشاكل الملازمة للدفع مقابل الخدمة. مثال على ذلك مدفوعات الخدمة المجمعة. تهدف المنح الدراسية والقروض المدرجة في ACA إلى تشجيع المزيد من أطباء الرعاية الأولية للعمل في المناطق الريفية والحضرية المحرومة من الخدمات. فقد تضمنت سياسات مراقبة التكلفة الواردة في ACA تشكيل مجلس استشاري مستقل للدفع للحفاظ على إنفاق Medicare بما يتماشى مع النمو الاقتصادي، بينما تحظر ACA استخدام أبحاث الفعالية من حيث التكلفة في تحديد تغطية الخدمة والتعويض بموجب الرعاية الطبية[2] .

أنشأ هذا القانون معهدا لأبحاث النتائج المتمحورة حول المرضى لتحفيز البحث المقارن في قطاع الرعاية الصحية، تم تصميمه ليكون محايدًا من حيث الميزانية، مع إضافة ضريبة إلى بعض الأجهزة الطبية والخدمات[3] .هناك أيضًا ضريبة على خطط التأمين الصحي، أو ذات المزايا العالية التي يقدمها أرباب العمل بدءًا من عام 2018 .

كمحصلة، يشرعن هذا القانون للرعاية الميسرة الصادر عن الكونغرس لضرورة إعادة توزيع التغطية في الرعاية من الأشخاص الأكثر صحة إلى المرضى، ومن الأكثر ثراءً إلى الأفقر، وتبنّي قانون العمل

[1] Strategic HR, What Laws Apply When Businesses Reach 50 Employees?, Retrieved on January 16, 2022, https://bit.ly/3I8SRH8
[2] Kathleen Klink, “Incentives for Physicians to Pursue Primary Care in the ACA Era”, AMA Journal of Ethics, 17 (7), (2015): 637-646, 637.
[3] Carolyn Clancy and francis S. Collins, “Patient-Centered Outcomes Research Institute: The Intersection of Science and Health Care”, Science Translational Medicine, Vol 2, Issue 37, (2010): 02.

التعاوني بهامش صغير، لكن لا تزال معارضة هذه الإصلاحات قوية[1] .فهذا القانون الذي أثار جدلا كبيرا يعكس مصالح فواعل عديدة وأصحاب مصالح وجماعات ضغط، فقد اعتاد الناخبون وأصحاب المصلحة على المزايا التي يحصلون عليها، لحد الآن، لا تزال المراجعات على قانون الرعاية الميسرة ACA لإصلاح النظام الصحي محل جدل. وقد يتطلب تشريعات إضافية جديدة وضرورية لحل المعضلات التي تم تجاهلها أو استحال حلها في وقت اعتماد الكونجرس لقانون الرعاية الميسرة .ACA

- مشروع قانون الرعاية الصحية الأمريكي 2017 The AMERICAN Heath Care Act : أو ما يعرف بـ " ترمب كير " Trumpcare " الذي كان من خلاله يأمل الرئيس الأمريكي" دونالد ترمب" إلغاء قانون أوباما كير.

كما سعى الجمهوريين من خلاله لإلغاء جزئي لقانون الرعاية الميسرة " أوباما كير" باستخدام عملية المصالحة والتي تسمح للتشريع بتجاوز المماطلة في مجلس الشيوخ وتمريرها بأغلبية بسيطة في هذا المجلس بدعم من الرئيس " دونالد ترمب"، وتم إقرار مشروع القانون الجديد في الرابع من ماي سنة 2017، رغم معارضة الديمقراطيين له.

تضمن مشروع القانون إلقاء التفويض الفردي وتفويض صاحب العمل، وخفض إنفاق ميديكير Medicare بشكل كبير، وإلغاء الإعفاءات الضريبية على أصحاب الدخول المرتفعة، وتضمن تغييرات جوهرية متعلقة بالمزايا الصحية الأساسية. لقد راهن القانون الجديد على[2]:

- خفض العجز ب 337 مليار دولار.

-تحصيل 883 مليار دولار من دافعي الضرائب.

-تحديث ميديكيد لتوفير 880 مليار دولار.

---

[1] Cooperative Law Definition: Everything You Need to Know, Retrieved on January 19 2022, https://www.upcounsel.com/cooperative-law-definition

[2] R E P O R T OF THE COMMITTEE ON THE BUDGET HOUSE OF REPRESENTATIVES, AMERICAN HEALTH CARE ACT OF 2017, (USA Congress, MARCH 20, 2017), 10.

-خفض أقساط التأمين بـ 10 بالمئة.

كان مشروع القانون قد ألغى التفويض الفردي وتفويض صاحب العمل، وخفض بشكل كبير الإنفاق على Medicaid والأهلية، وألغى الإعفاءات الضريبية لتكاليف الرعاية الصحية، وألغى بعض الضرائب على أصحاب الدخل المرتفع، وغير القواعد المتعلقة بالظروف الموجودة مسبقًا والمزايا الصحية الأساسية.

سعى الجمهوريون في مجلس الشيوخ في البداية إلى تمرير قانون التوفيق بين الرعاية الأفضل لعام 2017، وهو مشروع قانون للرعاية الصحية يحتوي على أحكام مشابهة إلى حد كبير لتلك الخاصة بـ AHCA. لم يتم التصويت على الرعاية الأفضل بسبب معارضة العديد من أعضاء مجلس الشيوخ الجمهوريين. سعى زعيم الأغلبية في مجلس الشيوخ بدلاً من ذلك إلى تمرير قانون حرية الرعاية الصحية (HCFA) ، والذي تمت الإشارة إليه على أنه "إلغاء هزيل" من قبل الجمهوريين لأنه لن يؤدي إلا إلى إلغاء التفويض الفردي وتفويض صاحب العمل[1].

الفرع الثاني– الرؤية المستقبلية لبرامج الرعاية الصحية الأمريكية

انطلاقا من تقييم مدى نجاعة البرامج المتعلقة بالرعاية الصحية لاستباق المخاطر الاجتماعية سطرت الحكومة الأمريكية برنامجا مستقبليا بغرض توفير صحة المجتمع؛ يتضمن أهدافا عديدة على مدى سنوات، إذ يعتبر برنامج Healthy People 2020 مجموعة شاملة من الأهداف والغايات الوطنية لمدة 10 سنوات لتحسين صحة جميع الأمريكيين الذي يرمي إلى خلق آفاق مستقبلية لتغطية صحية أوسع وجودة أفضل.

يحتوي برنامج Healthy People 2020 على 42 مجالًا موضوعيًا مع أكثر من 1200 هدفا. تم اختيار مجموعة أصغر من أهداف الأشخاص الأصحاء 2020 ، تسمى المؤشرات الصحية الرائدة (LHIs) ، للإبلاغ عن القضايا الصحية ذات الأولوية العالية والإجراءات التي يمكن اتخاذها لمعالجتها، المؤشران الأكثر استخدامًا لجودة النظام الصحي هما معدل وفيات الرضع ومتوسط العمر المتوقع، فالولايات

[1] Austin Bussing, Will Patton, Jason M Roberts and Treul Sarah A, "The Electoral Consequences of Roll Call Voting: Health Care and the 2018 Election" *Political Behavior*" (May 8, 2020): 157–177. 02, doi:10.1007/s11109-020-09615-4. Retrieved October 24, 2021.

المتحدة لديها معدل وفيات أعلى ومتوسط عمر متوقع أقل من أي من الدول الـ 15 الأخرى في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، لذا فإن الولايات المتحدة تنفق أكثر بكثير من أي دولة أخرى في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية على الرعاية الصحية، وتحصل على أقل عائد[1].

رغم ذلك تم قطع أشواط كبيرة خلال العقد الماضي حيث زاد متوسط العمر المتوقع عند الولادة، انخفضت معدلات الوفيات من أمراض القلب التاجية والسكتة الدماغية. ومع ذلك، لا تزال هناك تحديات للصحة العامة، ولا تزال هناك فوارق صحية كبيرة. تتبع التقدم نحو LHIs! أي المؤشرات الصحية الرائدة عبر التحقق من مخطط المعلومات الرسومي التفاعلي الخاص لمعرفة تقدم الأمة تجاه كل مؤشر صحي رائد. يركز برنامج الأشخاص الأصحاء 2020 تركيزًا متجددًا على التغلب على هذه التحديات بينما يتم متابعة التقدم على مدار العقد. باستخدام مؤشرات لتقييم صحة الأمة، وتسهيل التعاون عبر القطاعات، وتحفيز العمل على المستوى[2].

لذلك تتضمن البرامج المستقبلية للوقاية من المخاطر الاجتماعية المتأتية من المخاطر الصحية على مجموعة من المحاور سطرتها الحكومة الأمريكية، تنطلق من:

1. **التقليل من مخاطر الإدمان:** يعاني أكثر من 20 مليون شخص في الولايات المتحدة من اضطراب تعاطي المخدرات، ومعظمهم لا يحصلون على العلاج الذي يحتاجون إليه، ولذا يركز برنامج الأشخاص الأصحاء لعام 2030 على منع اضطرابات تعاطي المخدرات – مثل إدمان المخدرات أو الكحول – ومساعدة الناس في هذه الاضطرابات الحصول على علاج[3]. بهدف التقليل من الجرائم وتهديد الأمن المجتمعي.

إن اضطرابات تعاطي المخدرات مرتبط بالعديد من المشاكل الصحية ويمكن أن تؤدي الجرعات الزائدة إلى الموت. ازداد عدد الوفيات من اضطراب الاستخدام الأفيوني على وجه الخصوص بشكل كبير في السنوات الأخيرة[4] .

[1] ألبرت مورس، مرجع سابق، https://econintersect.com/ar/wordpress/?p=9263

[2] Healthypeople.gov, Leading Health Indicators, Retrieved on December 13, 2021https://bit.ly/3E2BqFX

[3] Health People 2030, Addiction, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3wYkEH1

[4] Health People 2030, Addiction, data, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3Qgyw6w

تهدف الاستراتيجيات المبرمجة لمنع استخدام المخدرات والكحول إلى الانطلاق من المدرسة والأسرة والمجتمع، باعتبار أن ذلك هو الحل للحد من اضطرابات تعاطي المخدرات. والتدخلات لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات، يمكن أن يساعد العلاج في تقليل المشاكل الصحية ذات الصلة والوفيات. يهدف البرنامج إلى زيادة نسبة توفير العلاج من 11.1 بالمئة إلى 14.0 بالمئة[1]. من خلال توفير التغطية الصحية المناسبة والوصول إلى المدارس والأسر للتقليل من مخاطر الإدمان على المجتمع.

باعتبار أن العلاج الفعال لاضطرابات تعاطي المخدرات متوفر، ولكن عددا قليلا جدا من الناس يحصلون على العلاج الذي يحتاجون إليه. تتضمن استراتيجيات منع استخدام المواد المخدرة – خاصة المراهقين – عن طريق مساعدة الناس للحصول على علاج يمكن أن يقلل من إساءة استخدام المخدرات والكحول، والمشاكل الصحية.

2. **تنمية قدرات الأطفال والمراهقين:** تعتبر مرحلة الطفولة والمراهقة مرحلة حساسة جدا، لذا برنامج صحة الأشخاص 2030 يعمل على تعزيز التنمية الجسدية والعقلية والعاطفية والسلوكية لدى الأطفال والمراهقين، بحيث يمكن للآباء والأمهات والمعلمين اتخاذ خطوات فعالة وايجابية في المنزل والمدرسة لدعم التنمية الصحية للأطفال والمراهقين، يتمثل ذلك في توفير الرعاية المستقرة والداعمة، والقراءة للأطفال، مما يساعدهم على القيام بعمل جيد في المدرسة، والتأكد من أنهم يحصلون على نوم كاف، وتشجيعهم على النشاط البدني[2] .

بالإضافة إلى ذلك، يمكن لمقدمي الرعاية الصحية تتبع صحة الأطفال الجسدية والعقلية والعاطفية والسلوكية من خلال عروض وخدمات الرعاية الوقائية الأخرى. لاستباق حلول للمشاكل في وقت مبكر حتى يتمكن الأطفال والمراهقون من الحصول على الدعم الذي يحتاجون إليه، من خلال خلايا الإصغاء والارشاد داخل المدارس والمجتمع، حيث قدرت نسبة الأطفال والمراهقين ما بين سن 12 إلى 17 سنة حوالي 79

[1] Healthy People 2030, Drug and Alcohol Use, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3Ry0POG
[2] Healthy People 2030, Child and Adolescent Development, Retrieved on January 03, 2022, https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/child-and-adolescent-development

بالمئة من الذين وجدوا أشخاصا بالغين يصغون إليهم لحل مشاكلهم وإرشادهم، ويسعى مشروع صحة المجتمع 2030، إلى وصول نسبة تفوق 82.9 بالمئة مستقبلا، وذلك بهدف تفادي المخاطر التي يمكن أن تلحق بهذه الفئة المجتمعية[1].

3. **التخطيط للتأهب للطوارئ:** يرى البرنامج أنه يمكن للمجتمعات التحضير لحالات الطوارئ مثل الكوارث الطبيعية وتفشي الأمراض من خلال التخطيط وتدريب الأفراد للاستجابة لحالات الطوارئ. من المهم أيضا الاستعداد لحالات الطوارئ الطبية، مثل الأزمات القلبية أو الإصابات الخطيرة.

بالإضافة إلى ذلك، التأكد من استعداد الناس لتفشي الأمراض وخطط الإخلاء للكوارث الطبيعية التي هي نقطة الارتكاز في مساعدتهم للبقاء في أمان. كما أن تقديم معلومات دقيقة بدوره يمكن أن يساعد على اتخاذ خطوات للحماية أثناء حالات الطوارئ[2].

4. **التخطيط العائلي:** تشير الإحصائيات إلى أن ما يقرب من نصف حالات الحمل في الولايات المتحدة غير مقصودة، مما يؤدي إلى زيادة عشوائية في النمو الديمغرافي غير المخطط له، ينتج عن الحمل غير المقصود العديد من النتائج السلبية لكل من النساء والرضع. لذا يركز برنامج صحة المجتمع 2030 على الحد من الحمل غير المقصود من خلال زيادة استخدام خدمات تحكم النسل وتنظيم الأسرة، من خلال التدخل لزيادة استخدام تحديد النسل، باعتباره أمرا بالغ الأهمية لمنع حالات الحمل غير المقصود. ومن ثمة يمكن أن تساعد خدمات التحكم في النسل وتنظيم الأسرة أيضا على التباعد في الحمل، والتي يمكن أن تحسن صحة النساء والرضع.

---

[1] Healthy People 2030, Child and Adolescent Development Data, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3Bf4UlH

[2] Healthy People 2030, Emergency Preparedness, Retrieved on January 03 2022, https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/emergency-preparedness

تتعرض المراهقات في الولايات المتحدة لخطر كبير نتيجة الحمل غير المقصود، فعلى الرغم من أن معدلات الحمل والولادة في سن المراهقة قد انخفضت في السنوات الأخيرة، إلا أن ما يقرب من 200000 طفل يولدون لأمهات مراهقات كل عام في الولايات المتحدة[1] .

تشير المؤشرات إلى زيادة نسبة النساء اللائي حصلن على خدمات وتحديد مواعيد النسل الممولة والتي وصلت إلى نسبة 42.9 بالمئة عام 2015، وحسب آفاق برنامج صحة المجتمع يتوقع رفعها إلى 47.9 بالمئة[2].

5. **الاتصالات في مجال الصحة:** يعدّ التواصل الفعال أمرا بالغ الأهمية للصحة ورفاهية الفرد والمجتمع، يركز برنامج صحة المجتمع 2030 على تحسين التواصل، بحيث يمكن للناس فهم المعلومات الصحية بسهولة، فالمعلومات الصحية والرسائل غالبا ما تكون في كثير من الأحيان مهمة للغاية في مجال الصحة ومعقدة أحيانا لأنها تحمل لغة علمية دقيقة، من الصعب فهمها واستخدامها. يمكن لمقدمي الرعاية الصحية الذين يتواصلون بوضوح، وكذا استخدام طرق مثل التدريس واتخاذ القرارات المشتركة أن يساعد الناس على اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة. هذه الاستراتيجيات يمكن أن تساعد في تحسين النتائج، خاصة بالنسبة لبعض المجموعات – مثل الأشخاص الذين لديهم مهارات محدودة لمحو الأمية الصحية أو التحدث باللغة الإنجليزية كلغة ثانية[3] .

كما تهدف الآفاق إلى جعل المعلومات الصحية الإلكترونية سهلة الفهم والاستخدام، وطفرة هامة لتحسين الصحة، يمكن للمنظمات الإخبارية والإدارات الصحية أن تعزز الصحة والسلامة من خلال استراتيجيات اتصال فعالة – على سبيل المثال، من خلال توفير معلومات كاملة وقابلة للتنفيذ واستخدام التسويق الاجتماعي.

[1] Healthy People 2030, Family Planning, Retrieved on January 03, 2022, https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/family-planning

[2] Healthy People 2030, Family Planning Data, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3RBt5jE

[3] Healthy People 2030, Healthy Communication, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3CYtSXH

تؤكد المؤشرات الحالية على أن نسبة البالغين الذين يتحدثون إلى الأصدقاء أو الأسرة عن صحتهم وصل سنة 2017 إلى 86.9 بالمئة، والهدف من البرنامج مستقبلا الوصول إلى نسبة 92.3 بالمئة[1]. مما يعني زيادة فاعلية الاتصالات الصحية عبر كل الطرق وخاصة الإلكترونية عبر الانترنت من حلال الصحة الإلكترونية، للتقليل من حدة المشاكل الصحية وتداعياتها السلبية ومخاطرها الاجتماعية.

6. **الرعاية الوقائية:** إن الحصول على الرعاية الوقائية يقلل من مخاطر الأمراض والإعاقة والموت – ومع ذلك لا ينصح ملايين الأشخاص في الولايات المتحدة باستخدام خدمات الرعاية الصحية الوقائية، وبالتالي تهدف الرؤية المستقبلية إلى زيادة أعداد المستهدفين من الرعاية الوقائية مع حلول عام 2030 للأشخاص من جميع الأعمار.

كما يحتاج الأطفال إلى الزيارات الطبية العادية لتتبع نموهم وإيجاد حلول لمشاكلهم الصحية في وقت مبكر، وخاصة اللقاحات. ولكن لمجموعة متنوعة من الأسباب لا يحصل الكثير من الناس على الرعاية الوقائية التي يحتاجونها. وذلك نظرا لحواجز التكلفة، وليس فقط وجود مقدمي الرعاية الأولية، والمعيشة بعيدة جدا عن مقدمي الخدمات، ونقص الوعي بالخدمات الوقائية الموصى بها[2] .

يعتبر تعليم وتوعية الناس حول أهمية الرعاية الوقائية مَعْلما للتأكد من أن المزيد من الناس يحصلون عليها. ويمكن أن تساعد التغييرات القانونية والسياسة الصحية أيضا في الوصول إلى المزيد من الأشخاص هذه الخدمات الهامة. حيث تشير التقديرات بين سنتي 2016–2017 أن نسبة المتلقين للرعاية الوقائية وصل إلى 31.1 بالمئة فقط ومن المقرر الوصول إلى نسبة 35.8 بالمئة مستقبلا[3].

7. **التلقيح:** أكد وباء كوفيد 19 المستجد أن الحاجة ملحة وضرورية للتلقيح والتطعيم في الولايات المتحدة وبقية دول العالم، الكثير من الناس يحصلون على التلقيح والتطعيم في الولايات المتحدة سنويا وذلك بهدف الحد من انتشار الأمراض المعدية والأوبئة الفتاكة.

---

[1] Healthy People2030, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3CZDyBs

[2] Healthy People 2030, Emergency Preparedness, Retrieved on January 03, 2022, https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/preventive-care

[3] Healthy People 2030, Emergency Preparedness data, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3qf6cH8

على الرغم من أن معظم الأطفال يحصلون على لقاحات موصى بها، إلا أن بعض المجتمعات الأمريكية لديها تغطية منخفضة للتطعيم مما يجعلها أكثر عرضة لخطر تفشي المرض. وبالتالي تسعى الاستراتيجية للتأكد من تطعيم المزيد من الأطفال – مثل تطعيم الأطفال في المدرسة – بهدف التقليل من معدلات الأمراض المعدية. كذلك بالنسبة للمراهقين والكبار، والبالغين الأكبر سنا هم بحاجة أيضا إلى لقاحات. على سبيل المثال يحتاج كبار السن إلى اللقاحات للمساعدة على منع الالتهاب الرئوي، ويحتاج الجميع في سن 06 أشهر تقريبا إلى لقاح الانفلونزا سنويا[1] .

وبالتالي تسعى الولايات المتحدة لتفادي هذه المخاطر عبر تعليم وتوعية الأشخاص حول أهمية اللقاحات، إرسال إشعارات إلكترونية للتطعيم، استحداث تطبيقات إلكترونية، وتسهيل الحصول على لقاحات للمساعدة في زيادة معدلات التطعيم خاصة بالنسبة للمراهقين والبالغين. حيث تسعى المؤشرات التي بلغت 48 بالمئة سنة 2018 إلى الوصول إلى نسبة 80 بالمئة مستقبلا[2].

تعدّ الإشكاليات التي تعترض السياسة الصحية الأمريكية وتتطلب إجابات وحلول منهجية علمية من قبل الباحثين والدارسين بالغة الأهمية، قياسا بمدى ديناميكية وتشعب مشكلات السياسة الاجتماعية على أرض الواقع، حيث أن التفاعل بينهما كبير، كما تتعدد في ذات الوقت المخاطر الاجتماعية المترتبة عن هذه المشكلات، مما يجعل البحث لها عن حلول وتخطيط لرسم سياسات اجتماعية بديلة ضرورة قصوى تهم محللي السياسة الاجتماعية وصناعها ومتخذي القرارات، كما أن الاعتماد على التحليل العلمي والنقد الموضوعي يعتبر حجر الزاوية لقياس المعيقات والمتطلبات، ولذلك بنت الحكومة الأمريكية برامجها واستراتيجيتها المستقبلية على ضوء معايير ومؤشرات مدروسة وذلك من خلال تحديد ما يجب الوصول إليه من نتائج وأهداف مستقبلية.

[1] Health People 2030, Vaccination, data, Retrieved on January 03, 2022, https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/vaccination

[2] Health People 2030, Vaccination data, Retrieved on January 03, 2022, from: https://bit.ly/3TIT9er

المطلب الثّاني: متطلبات تفعيل إدارة المخاطر لتطوير السياسة الاجتماعية

إن تجسيد تطبيقات إدارة المخاطر الاجتماعية في السياسة الاجتماعية عموما وفي السياسات الصحية خصوصا يتطلب مجموعة الخطوات، وذلك للتعرف على طبيعة المخاطر وتعبئة الموارد اللازمة واختيار القرارات الأمثل، ولا يتوقف عند اتخاذ القرارات بل يتعداها لمتبعة التنفيذ والتقييم الفعال، كما يتضمن مؤشرات لقياس مدى النجاح.

الفرع الأول: فاعلية السياسة الاجتماعية الجديدة في مواجهة المخاطر الاجتماعية

يتطلب تطبيق إدارة المخاطر الاجتماعية في السياسة الاجتماعية إلماما بالواقع الاجتماعي والاقتصادي، مع ضرورة تصنيف المشاكل ودراسة مستوياتها، وما يمكن أن يترتب عليها من مخاطر، فالسياسة الاجتماعية الجديدة ترتبط ارتباطا وثيقا بالتنمية الشاملة لبلوغ الأمثل، ولا تتوقف عند استحداث آليات للمساعدة بل تعمل على جعل الفرد فاعلا ومساهما ضمن نسق اجتماعي.

تستدعي في البدء التعرّف على إشكاليات السياسة الاجتماعية الجديدة، وايجاد منهجية علمية للوصول إلى فاعلية قصوى قصد معالجتها، ومن ذلك التعرف على مستويات الفقر والتعليم والدخول الفردية والفوارق الاجتماعية والطبقية والتركيبة البشرية كما هو الحال في رسم السياسات الصحية الأمريكية، ليس هذا فحسب بل تفعيل المراصد الاجتماعية وتحديد مؤشرات المخاطر ودرجاتها، أو على الأقل التخفيف من مخاطرها، يستوجب ذلك مجموعة من المؤشرات التي يمكن من خلالها قياس مدى هذه الفاعلية.

تتطلب أولا، توصيف وتحليل طبيعة المخاطر الاجتماعية ومستوياتها من خلال لجان مختصة يمكنها أن تفيد من خلال معلوماتها وتقاريرها في صياغة مشاريع وبرامج للرعاية الاجتماعية أو الصحية. ثانيا، تحديد السياسة الاجتماعية المناسبة وتبنيها وإقرارها. وأخير، ضبط مؤشرات قياس ومعرفة مدى فاعلية هذه السياسات.

1- **طبيعة المخاطر الاجتماعية:** تشكل المخاطر الاجتماعية في حد ذاتها إشكاليات كبيرة لصانعي السياسة الاجتماعية، تتمثل في تلك الاستقطابات الكبرى التي يمكن أن تختلف في درجتها من مجتمع لآخر، حسب

طبيعة المجتمع وبناءاته وثقافته. فما يمكن أن يشكل قضية رأي عام في مجتمع ما، قد يكون أمرا عاديا في مجتمع آخر والعكس صحيح. لذا تتعدد السياسات الاجتماعية المنتهجة، بيد أنها من المفترض أن ترتكز على أسس علمية في التعرف على طبيعة المخاطر الاجتماعية، وبالتالي يمكنها أن تحقق فاعلية وجدوى، من خلال:

– تحليل جوانب المشكلة المطروحة وأبعادها المختلفة وتحديد مدى خطورتها، بواسطة التفكير المنطقي والعقلاني المبني على الاستقراء والأدلة العلمية والعقلانية، وتفادي القراءات والقرارات الآنية والارتجالية غير المدروسة[1].

–دمج المشاكل التي تشكل مخاطر اجتماعية ضمن البناء الاجتماعي، وتماهي القرارات المتخذة بشأنها مع ايديولوجية المجتمع وقيمه العامة.

– تتضمن أهداف ومرامي السياسة الاجتماعية لمواجهة هذه المخاطر الاجتماعية أسسا للتنمية المستدامة للمجتمع، مع طرح حلول واقعية للتوزيع العادل للثروة من خلال المساواة وتحقيق العدالة الاجتماعية لضمان الاستقرار الاجتماعي[2].

– كما تتضمن الحلول المطروحة التماشي والاتساق مع الواقع المعاصر والتخطيط اللامركزي بتمكين الوظائف الوقائية والعلاجية لمختلف المخاطر، وضمان مشاركة مختلف الفواعل برؤى وآفاق مستقبلية.

2– **السياسة الاجتماعية الأمثل:** إن وضع سياسة اجتماعية مناسبة يقتضي تخطيطا محكما من خلال جمع المعلومات الدقيقة حول المخاطر الاجتماعية ومكونات ومراحل السياسة الاجتماعية، وذلك بالتوافق مع التشريعات والقواعد المنظمة لعمليات التنفيذ، ويتطلب ذلك:

---

[1] Libraries, Organizational Behavior, Retrieved on March 5, 2022https://open.lib.umn.edu/organizationalbehavior/chapter/11-2-understanding-decision-making/

[2] Greener, I., & Greve, B. Introduction: Evidence and evaluation in social policy. Social Policy & Administration, 47(4) (2013): 355-358.

-**تعبئة الموارد:** يستوجب ذلك تمويلا وإنجاز ميزانية خاصة بالبرنامج أو المشروع في مختلف مراحله، بتعبئة الموارد البشرية اللازمة وتقسيم العمل وتحديد المسؤوليات والصلاحيات، ومتطلبات ووسائل التنفيذ، وقد يأخذ ذلك وقتا كافيا بعد التجاذبات السياسية في المجالس التشريعية لإقرار الموازنة اللازمة [1].

-**تنفيذ السياسة الاجتماعية:** يقسم المشروع إلى مراحل مع وضع الأطر الزمانية اللازمة للتنفيذ في كل مرحلة، وضرورة أن يكون طاقم التنفيذ على دراية تامة بالمشروع، وله الكفاءة اللازمة والفاعلية المطلوبة لتحقيق أهداف المشروع، والتنسيق والتكامل في العمل عن طريق التعاون والاتصال الفعال بين مختلف القائمين على تنفيذ المشروع، والرقابة والإشراف في مختلف مراحل المشروع أو البرامج المسطرة للرعاية الصحية أو الاجتماعية.

-**متابعة التنفيذ:** وذلك بمدى مطابقته وملاءمته مع الأهداف المبرمجة، وتوجهات وأهداف السياسة الاجتماعية والسياسة العامة. والتحقق من مدى الإنجاز في كل مرحلة من المراحل، برصد النقائص والمعوقات والبحث عن حلول عملية لها. ومدى الكفاءة والكفاية، وما يتطلبه المشروع من رصد أموال وموارد مادية وبشرية واستراتيجيات تنفيذ بديلة[2].

-**تقييم الانجاز:** من خلال قياس مدى تطابق المخرجات مع المدخلات للتأكد من مستوى تحقيق السياسة الصحية والاجتماعية الاجتماعية لأهدافها النهائية، مثل الاستقرار الاجتماعي والعدالة في التوزيع وايجاد حلول للمشكلات الاجتماعية، وتحقيق أهداف السياسة الاجتماعية الجديدة بتوفير الرفاهية لكل أفراد المجتمع وليس فقط تحسين أوضاع الفئات الهشة دون إشراك فعلي لهم في التنمية الشاملة. لا يتأتى ذلك دون الاعتماد على مؤشرات لقياس مدى تحقيق الأهداف.

---

[1] Judith B. Seltzer, "What is Resource Mobilization and Why is it so Important?", Health Communication Capacity Collaborative, October 2014.

[2] Manohar Pawar, "Social Work and Social Policy Practice: Imperatives for Political Engagement", The International Journal of Community and Social Development, 1(1) 15–27,(2019): 18.

3- مؤشرات فاعلية السياسة الاجتماعية في مواجهة المخاطر الاجتماعية: يتم ضبط وقياس مدى فاعلية السياسات الاجتماعية والصحية من خلال تكميمها عن طريق مؤشرات تحوّل الواقع الاجتماعي ومتغيراته إلى وحدات قابلة للقياس؛ بحيث تتطلب مجموعة من المعايير، ومنها[1]:

-**الصدق التصوري والتحليلي**، بحيث تتطابق السياسات بطريقة موضوعية مع المبادئ والأهداف والنتائج مع الخطط والامكانيات والموارد المتاحة في التخطيط كما في الواقع.

-**الملاءمة** وتعني مدى اتساق الأهداف مع الاحتياجات والأولويات، كما تستتبع الملاءمة تقييم اتساق المشروع أو البرامج المسطرة في تحقيق الأهداف.

-**الكفاءة** وهي مقياس لمدى تحويل الموارد إلى نتائج، يعرف ذلك من خلال المخرجات.

- **الفاعلية** وتعني مدى تحقق أهداف السياسة مع مراعاة أهميتها النسبية.

هذه المعايير تتضمن ارتباط المؤشر الاجتماعي بمتغيرات السياق الاجتماعية مع ضرورة توفير الأبنية المؤسساتية ومساهمة مختلف الفواعل وتكوين الكوادر الوطنية المؤهلة وسياسة توزيعية عادلة.

الفرع الثاني: الرؤى المستقبلية لتطبيق إدارة المخاطر الاجتماعية في السياسة الاجتماعية الجديدة

فرضت التحديات الجديدة الناشئة عن التغيرات العالمية والمتغيرات الداخلية، مثل الحركات الاجتماعية المتنامية والمطالبة بالإصلاح والتغيير إلى ضرورة انتهاج سياسات اجتماعية جديدة، تتطلب التغيير الشامل في تطبيق السياسات الاجتماعية مع الأخذ بعين الاعتبار المخاطر الاجتماعية المحدقة.

قامت العديد من الدول وخاصة المتقدمة وعلى رأسها الولايات المتحدة الأمريكية بتطبيق منظار إدارة المخاطر الاجتماعية نتيجة لتوفر البيئة المناسبة لذلك، في حين بقيت الكثير من الدول النامية تتخبط في مشاكل اجتماعية وسياسية واقتصادية جمّة.

[1]Kenneth, Nelson & Daniel, Fredriksson.et al "The Social Policy Indicators". International Journal of Social Welfare, 29(3) (2020): 28. doi: 10.1111/IJSW.12418

لذا ظهرت العديد من المطالب بتجديد السياسات الاجتماعية، كما دعت بدورها المؤسسات العالمية إلى إدحال إصلاحات، ومنها البنك الدولي وصندوق النقد الدولي وغيرها من المؤسسات الفاعلة.

في هذا الصدد أصدر البنك الدولي تقريرا بعنوان" الشمول والمرونة" [1]ركز في مضمونه على مستقبل شبكات الضمان الاجتماعي كأحد الأليات المهمة في إدارة المخاطر الاجتماعية في الشرق الأوسط وشمال افريقيا، مستخلصا مدى العجز التي تعاني منه دول المنطقة في تلبية حاجيات الفقراء والفئات الهشة في التغطية والرعاية الاجتماعية نتيجة قلة الدعم والتشرذم وقلة الموارد. ومن ثمة، كما تمت الإشارة إليه في الفرع السابق من هذا المطلب فإن تفعيل الموارد وتحويلها إلى حيوية يبقى أحد أهم مكونات التجديد والإصلاح في تطبيقات السياسات الاجتماعية الجديدة، وهو ما طالب به تقرير البنك الدولي.

مع المطالبة باعتماد مستوى الفقر كمعيار رئيس لاستحقاق الدعم والمساعدة، وهو الممول به في الولايات المتحدة لإدراك مستويات المخاطر الاجتماعية، كما خلصت إليه هذه الدراسة في المحددات الاجتماعية للسياسات الصحية الأمريكية سابقا.

تعتمد آليات تطبيق هذه السياسات في الولايات المتحدة الأمريكية على مجموعة من الاستراتيجيات تتضمن أهدافا رئيسية، ومنها[2]:

–زيادة أمد الحياة من خلال توفير الرعاية الصحية وتحسين أمد الحياة بتوفير الرعاية من خلال التأمينات الاجتماعية؛

–زيادة نسبة عمالة الشباب، لتوفير الوظائف وتحويلهم إلى طاقات حيوية، وهي تدخل ضمن استراتيجية تمكين الشياب وهو ما ركزت عليه سياسات الديمقراطيين والجمهوريين في مراحل متعاقبة، وفي الحملات الانتخابية؛

[1] البنك الدولي، حان وقت تجديد السياسة الاجتماعية في العالم العربي، مسترجع بتاريخ 29أفريل 2022 من موقع: https://bit.ly/3ATjYno

[2] Employment social affairs, “Report of the High-Level Group on the future of social policy in an enlarged European Union” (Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004), 03.

-زيادة نسبة عمالة النساء، من خلال استراتيجية تمكين المرأة التي أخذت مناصب قيادية في الولايات المتحدة؛

-زيادة عمالة المسنن وتوفير الرعاية الاجتماعية المناسبة لهم ضمن استراتيجية دعم الفئات الهشة وخطط الضمان الاجتماعي؛

-استثمار الموارد البشرية من خلال التعليم مدى الحياة؛

-إصلاحات إعادة هيكلة الاقتصاد.

في المحصلة يعتبر التوظيف أفضل ضمان اجتماعي.

وبشكل أكثر إيجابية، يسعى إطار عمل إدارة المخاطر الاجتماعية في رؤاه المستقبلية على استكمال آليات الحماية من خلال دمج نهج أكثر نشاطًا في دورة حياة إدارة مخاطر.

ففي مجال الرعاية الصحية يتمحور الإصلاح المستقبلي للسياسات الصحية الأمريكية غالبًا عبر السياسة الحكومية المؤثرة في تقديم الرعاية الصحية في منطقة معينة، من خلال ما يلي[1]:

- توسيع عدد السكان المتلقين للتغطية الصحية إما من خلال برامج التأمين في القطاع العام أو شركات التأمين في القطاع الخاص؛
- توسيع شريحة مقدمي الرعاية الصحية التي يمكن أن يختارها المستهلكون؛
- تحسين الوصول إلى أخصائيي الرعاية الصحية؛
- تحسين جودة الرعاية الصحية؛
- إعطاء المزيد من الرعاية للمواطنين؛

[1]ويكيبيديا، إصلاح الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، مسترجع بتاريخ 26 ديسمبر 2021 من موقع: https://bit.ly/3zw7V0f

- خفض تكلفة الرعاية الصحية؛
- نهج إدارة المخاطر الاجتماعية وتفعيل الاستراتيجيات الاستباقية لمواجهة وإدارة انعكاسات المخاطر الصحية.

أما في مجال الرعاية الاجتماعية، فإن التخطيط القبلي، والمتابعة والتقييم لقوانين وبرامج الرعاية الاجتماعية يتم من خلال:

- توفير الرعاية الاجتماعية للفئات الهشة ومن خلال برامج مكافحة العوز والفقر؛
- تقديم المنح والمساعدات للفئات المحتاجة والعمل على جعلها فئات منتجة ومساهمة في عجلة التنمية؛
- تفعيل مشاركة مختلف الفواعل في رسم السياسة الاجتماعية وتنفيذ برامج الرعاية الاجتماعية؛
- تجسيد مبدأ العدالة الاجتماعية في سياسات الرعاية الاجتماعية؛
- تأطير وتكوين الإطارات والكوادر القائمين على تنفيذ برامج السياسات الاجتماعية؛
- هيكلة وإصلاح الأبنية المؤسساتية للدولة مع إشراك القطاع الخاص في تحمل المسؤولية الاجتماعية كمبدأ وتطبيق ميداني؛
- رسم سياسات واستراتيجيات استباقية لإدارة المخاطر الاجتماعية من خلال المراصد الاجتماعية بجمع البيانات وتحليل الاحصائيات ونشر الدراسات العلمية الاجتماعية بمساهمة المجموعات الابستمولوجية ومراكز البحث والدراسات لوضع سيناريوهات مستقبلية؛
- وضع خطط جاهزة ومعدة بمختلف الاحتمالات عن طريق تفعيل استراتيجيات إدارة المخاطر الاجتماعية.

جسّد هذا الفصل واقع السياسات الصحية والاجتماعية الأمريكية الجديدة لإدارة المخاطر الاجتماعية، إذ تعد الولايات المتحدة من الدول الرائدة في مجال الاسقاط الواقعي لهذه المقاربة المبنية على منظار إدارة المخاطر الاجتماعية. ذلك أن الرؤية الأمريكية تنطلق من فكر براغماتي لتحقيق أهداف السياسة العامة، حيث يفرض النظام الليبرالي واقتصاد السوق ميكانيزماته على الواقع الاقتصادي عبر المنافسة الحرة، باعتبار الصحة وبقية مجالات السياسة الاجتماعية عملا تجاريا بالدرجة الأولى، كما أن معالجة مشكلات الصحة والسياسة الاجتماعية تهدف إلى ضمان الربح.

في ذات الوقت فإن الصراع حول المصالح التجارية خلق تجاذبات سياسية حادة داخل علبة النظام السياسي بين مختلف الفواعل، بدءا بالكونغرس وصراع الحزبين الجمهوري والديمقراطي، ومختلف جماعات الضغط والمصالح.

كما فرضت العديد من المشكلات الاجتماعية والصحية نفسها على صناع القرار وخلقت تباينات في وجهات النظر وجسدت ذلك الصراع حول البرامج والقوانين نتيجة اختلاف القيم المعنوية والمادية، ومن أبرزها قانون الصحة الميسّرة لعام 2010، ومختلف القوانين والبرامج المنظمة لقطاع الصحة والمجسدة للسياسات الصحية من جهة أخرى، من خلال السياسة الاستباقية المبنية على منظار إدارة المخاطر الاجتماعية.

استكملا لنجاعة السيات الصحية والاجتماعية لإدارة المخاطر جاءت الرؤية الاستشرافية للسياسات الصحية التي انتهجتها الحكومة الأمريكية مع آفاق سنة 2030، والتي ترمي صوب وضع برامج وفق مؤشرات ومعايير ومحددات تسعى للتخفيف، ومعالجة المعضلات العديدة التي تعترض السياسات الصحية ومنها السياسة الاجتماعية. في المقبل تبرز جليا عملية التقييم الموضوعي لمدى فاعلية السياسة الصحية الأمريكية الفجوة بين تكاليف الرعاية الصحية والاجتماعية من جهة، ومن جهة ثانية التكاليف المرتفعة التي يدفعها المواطن الأمريكي ثمنا لتكاليف برامج الرعاية الصحية، ما خلق ضعفا في التغطية الصحية لفئات كثيرة، وخاصة الهشة

وعلى الرغم من وجود إشكاليات عديدة تعترض تطبيق السياسات الاجتماعية وتجسيد منظار إدارة المخاطر وفق التجربة الأمريكية على الدول النامية التي تعاني العديد من المعضلات، إلا أن استغلال الموارد

المتاحة وتفعيل منظار إدارة المخاطر كسياسات استباقية يبقى من أهم المقاربات القادرة على الاستثمار في السياسات الاجتماعية وإدارة المخاطر الاجتماعية للوصول إلى تنمية مستدامة وشاملة.

الخاتمة

تشكل نجاعة السياسة الاجتماعية أهمية بالغة لصنّاع القرار السياسي في الحكومات كونها تعتبر معيارا لمدى استقرار نظام الحكم ونجاحه في تحقيق أهدافه، كما أضحت تأخذ حيزا كبيرا من تفكير أصحاب القرار ومحلّلي السياسة العامة والاجتماعية في العقود الأخيرة بحثا عن أهم الأساليب العملية الحديثة والمقاربات العلمية الفعّالة التي تتماشى مع الواقع وتحدياته؛ حيث أثبت منظار إدارة المخاطر الاجتماعية فعاليته في تحسين أداء السياسات الاجتماعية الجديدة.

تمت في هذا الخضم دراسة حالة الولايات المتحدة الأمريكية، باعتبارها من أهم الدول التي انتهجت منظار إدارة المخاطر الاجتماعية في سياستها الاجتماعية، وتحديدا السّياسات الصحية من خلال مقاربات استباقية وعلاجية للتّخفيف من حدة المخاطر ومواجهتها بشتى الطرق والوسائل. حيث تتوفّر الإمكانيات المادية والبشرية لإنجاح هذه السياسات من جهة، ومن جهة ثانية تمت مأسسة الأطر التشريعية والقواعد التنظيمية لتنفيذ السياسات الكفيلة بمواجهة المخاطر، ليس فحسب الصحية منها، بل كذلك الاجتماعية وما يستتبع ذلك من تداعيات ورسم لآفاق خطط وبرامج الإصلاح مستقبلا.

أولا: النّتائـج

وعليه، توصّلت هذه الدّراسة إلى مجموعة من **النّتائـج**، ومنها:

01. أنّ التطوّر المفاهيمي والنّظري للسّياسة الاجتماعية يحمل أبعادا ابستمولوجية وانطولوجية، بحكم أنّ الواقع الاجتماعي والسياسي والاقتصادي يؤثّر في المفاهيم والأفكار، كما أنّ الأيديولوجيات والفلسفات والقيم بدورها تؤثّر في واقع واتجاهات السّياسات الاجتماعية المنتهجة.

02. أدّى التطوّر الحاصل في مجالات التكنولوجيا والعولمة إلى انتهاج سياسات اجتماعية جديدة، وذلك للتكيّف مع ميكانيزمات التغيّر الحاصلة في مختلف الميادين، كما أنّ هيمنة الفكر الليبرالي وظهور الفكر الاشتراكي أديا إلى ظهور وتبلور ايديولوجيات تعتمد طريقا ثالثا ينتهج الدّيمقراطية الاجتماعية.

03. يتماشى منظار إدارة المخاطر الاجتماعية مع التوجّهات الجديدة للدول بغية تحقيق منافع اقتصادية وسياسية واجتماعية للاستفادة من التحولات الكبيرة التي تشهدها المجتمعات وتحوّلات العولمة واقتصاد السوق،

وبالتّالي فإنّ اعتماد آليات واستراتيجيات للاستثمار الاجتماعي وتحويل المخاطر إلى فرص يؤدي إلى نجاعة أكبر.

04. أسهم منظار إدارة المخاطر الاجتماعية بشكل كبير في تحسين أداء السياسة الاجتماعية، من خلال التخطيط لبرامج مستقبلية وإدارة المخاطر، وهذا ما بينته دراسة حالة الولايات المتحدة الأمريكية من خلال تتبّع البيانات والاحصائيات وتحليل المعطيات.

05. بيّنت الدّراسة أنّه على الرغم من انتهاج الولايات المتحدة للسياسات صحية واجتماعية براغماتية تسير وفق النهج الرأسمالي على اعتبار الخدمات الصحية والاجتماعية سلعة سوقية، إلاّ أنّها حاولت تدارك النقائص من خلال سنّ قانون الرعاية الميسورة لسنة 2010، وما تبعه لاحقا من قوانين وبرامج وخطط إصلاح كسياسة لتوسيع التغطية الصحية من جهة، ومن جهة ثانية إدارة ومواجهة المخاطر الاجتماعية المحتملة.

06. وفّرت برامج الرعاية الصّحية الأمريكية التأمينات الاجتماعية للتقليل من حدة الفقر للسماح بتقاسم المخاطر حيث يسهم القطاع الخاص بدور رئيسي، على اعتبار أن التأمينات الاجتماعية تشكل ليس فحسب نظاما لرعاية الفئات الهشّة، إنما كذلك ميكانيزما اقتصاديا وتجاريا هاما تستثمر فيه آلاف الملايير من الدولارات.

بدوره انتقل المفهوم الأمريكي للسياسة الاجتماعية من التقليدية القائمة على التحوّط من الفقر ومواجهته بسياسات حمائية مع التدخل الفاعل للدولة، إلى مفهوم جديد قائم على أساس سياسات استباقية باستثمار العنصر البشري من أجل أداء أفضل في التنمية، بمساهمة مختلف الفواعل وخاصة القطاع الخاص والمجتمع المدني.

07. يتميّز النظام الصحّي الأمريكي بتفاعل كبير جدا بين المنتجين والمستهلكين والمزودين والمنظمين، مع ذلك خلصت الدراسة كذلك في تقييمها للسياسات الصحية الأمريكية وتحديدا من خلال برامج الرعاية الصحية، ومن أهمها قانون الرعاية الصحية الميسورة، وما ترتّب عنه من برامج للتأمين الصحي والاجتماعي إلى وجود فجوة كبيرة في خطط الرعاية الصحية متمثلة في نقص التغطية الصحية مع التكلفة العالية، ما أدى إلى تدني

نسب المُؤَمّنين ضد المخاطر الصحية، ذلك أنّ طبيعة النظام الصحي واقتصاد السوق حالا دون الوصول إلى أداء وفعالية أكبر.

08. تعمل الحكومة الأمريكية من خلال برامجها المستقبلية لإدارة المخاطر الاجتماعية على رسم رؤية استراتيجية وآفاق مستقبلية تمتد لسنة 2030، تتعلّق بالوصول إلى نتائج ايجابية للقضاء على العديد من المخاطر الصّحية والاجتماعية المترتّبة عنها، مثل: مخاطر إدمان المخدرات، والعنف والجريمة، والتأهّب لحالات الطوارئ والتخطيط العائلي. في الواقع، هي عبارة عن برامج لإدارة المخاطر المستقبلية تستهدف الرعاية الوقائية المسطّرة في أجندة السياسات الصحية والاجتماعية الأمريكية.

09. تعتمد الولايات المتحدة الأمريكية على استراتيجيات مستقبلية تتناسب مع طبيعة النظام الليبرالي القائم على المنافسة والحرية الاقتصادية.

10. سجلت التجربة الأمريكية نجاحا معتبرا، غير أنه من الصّعب تعميمها وفق معاييرها المطبّقة، في حين يمكن الاستفادة منها وتكييفها فيما يتعلق بالآليات المطبّقة، حيث أنّ المنظور الأيديولوجي للسياسة العامة الأمريكية يختلف عن بقية الدول، ليس فحسب في دول العالم النّامي بل كذلك حتّى في دول العالم المتقدم.

11. تعدّ التّجربة القائمة على الديمقراطية الاجتماعية الأقرب إلى تجسيد السياسة الاجتماعية وإدارة المخاطر الاجتماعية بالنّسبة للدّول النامية، نتيجة طبيعة هذه المجتمعات.

ثانيا. الفرضيّات

بخصوص الفرضيّات التي انطلقت منها الأطروحة تمت الإجابة على مدى صحّتها، كما يلي:

الفرضية الأولى: هناك علاقة طردية بين التّطورات الحاصلة في الحقل المعرفي (النّظري والمنهجي) للسّياسة الاجتماعية ومضامينها ومخرجاتها الميدانية.

أثبتت الفرضية الأولى صحتها، تعدّ السياسة الاجتماعية ميدانا تطبيقيا تتجلّى مخرجاته على أرض الواقع. حيث أنّ تطبيقها الصّحيح والفعال يبقى مرتبطا إلى حد كبير بالزخم المعرفي والعلمي الذي تحققه

الإنسانية عبر تراكم المعارف والنظريات والمقاربات، وكم المعلومات والبيانات. خاصة مع ظهور تخصصات علمية لها علاقة بالسياسات الاجتماعية تبلورت في العصر الحديث والمعاصر، أضحت عبارة عن مدارس وجامعات ومراكز بحثية تقوم بالتخطيط ورسم السياسات والبرامج وتقييمها ومتابعتها، بخطوات علمية ومنهجية مدروسة سلفا.

الفرضية الثّانية: ترتبط إدارة المخاطر الاجتماعية بمختلف السّياقات الواقعية والعملية ما يعزّز مكانتها كأسلوب علمي في نجاعة السّياسة الاجتماعية.

أثبتت الفرضية الثّانية صحتها، فرضت السّياقات الواقعية والعملية من خلال تزايد المشكلات وتحوّل المجتمعات إلى مجتمعات مخاطر انتهاج مقاربات ومنظورات جديدة، تتسم هذه المنظورات بالاستباقية والجهوزية في التعامل مع المشكلات الاجتماعية، وخاصة في العالمين الصّناعي وما بعد الصناعي.

مع التطور في عوالم الاقتصاد والسياسة والتكنولوجيا تعددت المخاطر الاجتماعية والصحية وتمت عولمتها ما زاد من صعوبة التعامل معها وعلاجها، وبالتّالي أصبحت إدارتها بطرق علمية ضرورة ملحة وأسلوبا أمثلا في التعامل مع حدتها وشدتها، وتحويلها إلى فرص أو التخفيف من وطأتها، بذلك ظهرت نماذج ومقاربات كمية ونوعية للتعامل معها. وبالتالي تؤثّر وتتأثّر السياسات الاجتماعية بهذه السياقات وتعمل على تفعيلها من خلال نهج إدارة المخاطر كأسلوب جديد وفعال.

الفرضيّة الثّالثة: إن انتهاج الولايات المتحدة الامريكية لإدارة المخاطر الاجتماعية في رسم سياساتها الصحية له أثر واضح في تحسين أداء وفاعلية سياسات الرعّاية الصّحية والاجتماعية.

أثبتت هذه الفرضية صحتها إلى حد ما، بحيث أنّ طبيعة النظام الاقتصادي الأمريكي القائم على الحرية المطلقة للسّوق من جهة، وعلى الفلسفة البراغماتية من جهة أخرى فرضا إيجاد أساليب وآليات تتماشى مع هذا النّمط الذي ترتبط فيه السّياسات الاجتماعية بالنّسق التّجاري. وذلك للتّخفيف من حدّة المخاطر المالية والاجتماعية، وذلك باستحداث برامج للضمان والتأمين الاجتماعي لتوفير أكبر قدر ممكن من التغطية الصحية والرعاية الاجتماعية، حيث تقوم المراصد الاجتماعية والبحوث والدّراسات العلمية

للتخطيط لإيجاد حلول استباقية للمخاطر العاجلة والآجلة منها، ما زاد من فاعلية وتحسين سياسات وبرامج الرعاية الصحية والاجتماعية.

في المقابل لا تزال السّياسات الصحية والاجتماعية الأمريكية تكافح من أجل تغطية عديد الثّغرات المتأتية عن ارتفاع تكاليف نفقات الرعاية وضعف التغطية الصحية وتعاظم مصالح الشركات الكبرى للقطاع الخاص التي تهيمن على التّأمينات بوضع برمج وخطط للإصلاح.

قائمة المصادر والمراجع

المصادر والمراجع

أولا. الكتب:

1. الكتب باللغة العربية:

1) إبراهيم حمزة، أحمد. السّياسة الاجتماعية. عمان: دار المسيرة، 2015.

2) اندرسون، جيمس. صنع السياسة العامة، تر. عامر الكبيسي. الأردن: دار المسيرة، 1999.

3) بلحاج، صالح. تحليل السّياسات العامة الديناميكيات والمعارف الأساسية، ج1. الجزائر: دار بن مرابط، 2015.

4) بلعزوز، بن علي وقندوز، عبد الكريم وحبار، عبد الرواق. إدارة المخاطر: –إدارة المخاطر – المشتقات المالية– الهندسة المالية. الأردن–عمان: الوراق للنشر والتوزيع، 2013.

5) بوتومور لي، لي. الصفوة والمجتمع: دراسة في علم الاجتماع السياسي، تر. أحمد الجوهري وآخرون. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988.

6) بيك، أولريش. مجتمع المخاطر العالمي. تر. علا عادل ومنذر ابراهيم وبسنت منى. القاهرة: المركز القومي للترجمة، 2013.

7) تومي، عبد القادر. العولمة: فلسفتها مظاهرها تأثيراتها. الجزائر: مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع، 2009.

8) جيدنز، انتوني. الطريق الثالث تجديد الديمقراطية الاجتماعية، تر. أحمد زايد ومحمد محي الدين. القاهرة: الهيئة العامة المصرية للكتاب، 2010.

9) جيدنز، انتوني. علم الاجتماع. تر. فايز الصياغ. لبنان: المنظمة العربية للترجمة ومركز دراسات الوحدة العربية، 2005.

10) جيدنز، انتوني. قواعد جديدة للمنهج في علم الاجتماع. تر. محمد محي الدين. القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة، 2000.

11) الحسين، أحمد مصطفى. مدخل إلى تحليل السياسات العامة، ط1: عمان: المركز العلمي للدراسات السياسية، 2002.

12) ديكسون، جون وروبرت، شيريل. دولة الرعاية الاجتماعية في القرن الواحد والعشرين. بيروت: الشبكة العربية للأبحاث والنشر، 2014.

13) سبيكر، بول. مبادئ الرعاية الاجتماعية مقدمة للتفكير في دولة الرعاية، تر. حازم مطر. برلين: المركز الديمقراطي العربي، 2017.

14) السروجي، طلعت مصطفى وآخرون. السياسة الاجتماعية، ط 01. مصر: دار الفكر، 2015.

15) السروجي، طلعت مصطفى وفهمي، منال عبد الستار. السياسة الاجتماعية. مصر: مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، جامعة حلوان، 2005.

16) السروجي، طلعت مصطفى. السياسة الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة، ط 01. القاهرة: دار الفكر العربي، 2004.

17) السكري، أحمد شفيق وآخرون. التخطيط الاجتماعي والسياسة الاجتماعية. طنطا: مطبعة جامعة طنطا، 2004.

18) السيد، محمد يوسف محمد. التحليل السياسي والسياسة الاجتماعية، ط1. الاسكندرية: دار التعليم الجامعي، 2015.

19) العيسوي، إبراهيم. العدالة الاجتماعية والنماذج التنموية مع اهتمام خاص بحالة مصر وثورتها. بيروت– لبنان: المركز العربي للأبحاث والدراسات، أبريل 2014.

20) غربي، صباح. المشكلات الاجتماعية. الجزائر: دار المجدد للطباعة والنشر والتوزيع، 2020.

21) الفهداوي، فهمي خليفة. السّياسة العامة منظور كليّ في البنية والتحليل، ط 05. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2019.

22) فونتانال، جاك. العولمة الاقتصادية والأمن الدولي، تر. محمود براهم. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2006.

23) القبندي، سهام. السياسة الاجتماعية والممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية. بيروت: المؤسسة العربية للاستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية –المكتبة العصرية، 2013.

24) القريوتي، محمد قاسم. رسم وتنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة. الكويت: دار حنين للنشر والتوزيع، 2006.

25) كمال أحمد، أحمد واسماعيل حسين محمد. مقدمة الرعاية الاجتماعية، ط2. القاهرة: النهضة المصرية، 1976.

26) مصطفى أحمد، محمد ومحمد كريم، مسعود. مقدمة في الرعاية والخدمة الاجتماعية. طرابلس: دار الحكمة، د س ن.

27) نجيب محمود، زكي. حياة الفكر في العالم الجديد. القاهرة: دار الشروق، 1956.

28) ياغي، عبد الفتاح. السياسات العامة: النظرية والتطبيق. الإمارات العربية المتحدة: جامعة الامارات العربية المتحدة، 2009.

2. باللغة الأجنبية:

1) Abramovit, Mimi. Theorising the neoliberal welfare state for social work: the sage hand book of Social work.“n.p": 2012.
2) Adams, Robert. Social Policy for Social Work. New York: Palgrav, 2002.
3) Alcock, Cliff & Daly, Guy and Griggs, Edwin. Introducing Social Policy. Great Britain: Pearson Education Limited, 2008.
4) Alcock, Pete. Understanding Poverty. New York: Published by PALGRAVE, 1997.
5) Autchard, Carl L. Risk Management: Concepts and guidance, 5th ed. London –New York: CRC Press -Taylor and Francis Group An Aurbach Book, 2015 .
6) Barnes, Andrew J. & Unruh, Lynn Y at al. Health System in the USA. USA: National Library of Medicine, 2020.
7) Bouget, Denis and Brovelli, Gerard. Citezenship, Social Welfare System and social policies in France and European socities .USA: Taylor and Francis, 2002.
8) Bouzon, Arlette. Ulrich BECK, La société du risque Sur la voie d’une autre modernité, traduction de l’allemand par : L. Bernardi, Questions de communication. France: Presses universitaires de Lorraine, 2 | 2002
9) Brigham, Eugene F & Houston, Joel F. Fundamentals of Financial Management, 15th edition. USA: Cengage, 2019.
10) Brown, Clayton. Globalization and America since 1945 scholarly resource. USA: Wilimington, 2003.
11) BRUNET, Sébastien. Société du Risque: Quelles réponses politiques. Paris: L’HARMATTAN, 2007.
12) Care in America. USA: The Johns Hopkins University Press | Baltimor, 2007.
13) Dahl, Robert. Modern Political Analysis. New Jersy: Foundation of Modern Political Science Series, 1963.
14) Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S.,. Introduction. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research, 2nd Edit. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2000.
15) DERR, GREGORY ALLEN RACHEL. THREAT ASSESSMENT AND RISK ANALYSIS An Applied Approach. USA: Elsevier Inc, 2016. DOI:10.1186/1747-5341-3-9
16) Dye, Thomas R. Understanding public policy, 14th ed. USA: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 2013.

17) Fisher, Frank & Miller, Gerald J. & S Sydney, Mara. Handbook of Public Policy Analysis, Theory, Politics Methods (USA: CRC Press, Taylor and Francis group, 2000), 35.
18) Freeman, R Edward. Strategic Management: A Stakeholder Approach. USA: Pitman Publishing Pitman Series in Business and Public Policy, 1984.
19) Garland, David. The Welfare State A Very Short Introduction. UK: Oxford University Press, 2016.
20) Gilbert, Neil & Terrell, Paul. Dimensions of Social Welfare Policy, 8th Ed. "n.p ": Person, 2012.
21) Gillian, Pascall. Social Policy: A New Feminist Analysis, second Edition. New York: Routledge, 1996.
22) Haferkamp Hans & Smelser Neil J. Social Change and Modernity. USA: University of California Press, 1992.
23) Hessami,Ali G. ed. Perspectives on Risk, Assessment and Management Paradigms. London: IntechOpen, 2019. 10.5772/intechopen.77127
24) Hill, Michael. Pensions- The Policy Press. Great Britain: University of Bristol, 2007.
25) Hill, Michael. The Public Policy Process, 4th ed. UK: Bell & Bain Limited, Glasgow, 2005.
26) Holzmann, R & Sherburne-Benz, L& Tesliuc, E. Social Risk Management: The World Bank's Approach to Social Protection in a Globalising World. Washington DC: The World Bank, 2003.
27) HOLZMANN, ROBERT. Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection, and Beyond, International Tax and Public Finance. The Netherlands: Kluwer Academic Publisher, 2001.
28) Hopkin, Paul. Risk management: Understanding, Evaluating and implementing effective risk management. UK: Printed and bound by CPI Group (UK) Ltd, Croydon, CR0 4YY, 2017،
29) Judith B. Seltzer, What is Resource Mobilization and Why is it so Important?. Health Communication Capacity Collaborative. October 2014.
30) Lucas, Henry & Cornwall, Andrea. Researching social policy. Brighton: Institute of Development Studies, 2003.
31) Macarov, David. Social Welfare: Structure and Practice. California: SAGE Publications Inc, 1995.
32) Mark E. Litow, Medicare versus Private Health Insurance: The Cost of Administration. USA: Milliman, January 6, 2006.
33) Markowitz, H. Portfolio Selection: Efficient Diversification of Investment. New York: John Wiley & Sons, 1959.

34) Marshal, T .H. l & Bottomore, Tom. Citizenship and Social Class. London: Pluto Press, 1992.
35) Marvin and HAUGEN, Stein Risk assessment: theory, methods, and applications. Second edition. Hoboken. USA: NJ, Wiley, 2020.
36) Patton, M. Q, Qualitative research & evaluation methods, 3rd ed, Thousand Oaks. CA: Sage Publications 2002.
37) RAUSAND, MARVIN, RISK ASSESSMENT Theory, Methods, and Applications. New Jersey: A JOHN WILEY & SONS INC PUBLICATION, 2011.
38) Reed PG. Theory of self-transcendence. In Middle Range Theory for Nursing, Fourth Edition. USA: "n. p", Springer Publishing Company, 2018.
39) Robert, Christelle Jannet**.** Concours 2020 – 2021 Politiques Sociales. Paris : Vuibert, 2020.
40) SACHS, JEFFREY D. The end of poverty. USA: The Penguin Press, 2005.
41) Segal, Elizabeth A. Social Welfare Policy and Social Programs: A Values Perspective ،Chapter 01, 4th Ed. USA: Cengage Learning, 2016.
42) Shi, Leiyu. Singh,Douglas A. Delivering Health Care in America - A Systems Approach, 7th edition. USA: Jones & Bartlett Learning, 2019.
43) Slovic, Paul. Perception of Risk. USA: Published by Taylor & Francis, 2000.
44) Sørensen, Georg. The Transformation of the State Beyond the Myth of Retreat. New York: Palgrave Macmillan, 2004.
45) Spicker, Paul. Social policy: Theory and practice, 3rd edition, Policy Press. “n. p", 2014.
46) Titterton, Mike. Risk and Risk Taking in Health and Social Welfare. USA: Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia, 2005 .
47) Ubokudom, Sunday E. United States Health Care Policymaking Ideological, Social and Cultural Differences and Major Influences. New York: Dordrecht Heidelberg London, 2012.
48) Vaughan, Emmett J & Vaughan, Therese M. Fundamentals of risk and insurance. New York, NY: John Wiley & Sons, 1987.
49) Zurlo, Tony. How the senate and house of the representatives create our laws. USA: Enslow Publishers inc, 2013.

ثانيا. القواميس والموسوعات:

1. بالعربية:

1) ابن منظور، جمال الدين لسان العرب ط1. بيروت: دار صابر، 1992.
2) بدوي، عبد الرحمان. موسوعة الفلسفة ط1. الموسوعة العربية للدراسات والنشر. بيروت: 1984.
3) الرازي، الإمام محمد بن ابي بكر عبد القادر. مختار الصحاح. بيروت: دار الكتب العلمية، 1983.
4) صليبا، جميل. المعجم الفلسفي. بيروت: 1986.
5) الموسوعة السياسية، https://bit.ly/3eAG5p5
6) موسوعة المقاتل. الضمان الاجتماعي.
http://www.moqatel.com/openshare/Behoth/Mnfsia15/SocialSecu/sec01.doc_cvt.htm

2. باللغة الأجنبية:

1) Foulquié, P. Dictionnaire de la langue Philosophique. Paris: PUF,1978.
2) REY- DEBOVE. Le Robert, Paris: SCIA-Armmentieres, 1985.
3) Combridge Dictionary, Social care, https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/social-care
4) WRIGHT, AMES D. INTERNATIONAL ENCYCLOPEDIA OF THE SOCIAL & BEHAVIORAL SCIENCES SECOND EDITION. USA: Elsevier Ltd, 2015.

ثالثا. المقالات(الدوريات):

1. باللغة العربية:

1) بات، غيتا. الثروة الحقيقية. مجلة التمويل والتنمية. صندوق النقد الدولي(ديسمبر 2021):01-69.
2) بباس منيرة وفالي نبيلة. الاقتصاد العالمي في مواجهة عولمة الأوبئة – جائحة كوفيد 19- نموذجا. مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير المجلد 20 العدد: 01 (سبتمبر 2020): 070-090.
3) بوحنية، قوي وحسيني، محمد العيد. لسياسة العامة الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990- 2012. المجلة الجزائرية للدراسات السياسية المجلد 01 العدد 01 (30 يونيو/حزيران 2014): 25-09.
4) بوخيط، سليمة وكتفي، ياسمينة. تحليل المضمون في الدراسات السوسيولوجية (الممارسات المنهجية). مجلة الفتح للدراسات النفسية والتربوية المجلد: 05، رقم: 01 (د ت ن): 43-63.

5) بيزيد، يوسف وبلخير، آسية. الصحة الإلكترونية في مواجهة الأوبئة الممتدة (أزمة كورونا نموذجا): محاكاة نماذج رائدة. مجلة العلوم القانونية والسياسية المجلد 12 العدد 02 (سبتمبر 2021): 186-205.

6) بيطام، مسعودة. الملاحظة والمقابلة في البحث السوسيولوجي. مجلة العلوم الانسانية المجلد: 10 العدد: 11، قسنطينة: جامعة منتوري (1999): 119-128.

7) جناوي، عبد العزيز. براديغمات سوسيولوجيا المخاطر. مجلة العلوم الاجتماعية المجلد 07 العدد 33 (2019): 69-76.

8) حاجي، عبد الحليم. السياسة العامة قراءة في المفهوم. مجلة البيبان للدراسات القانونية والسياسية 01 (جوان 2021): 62-94.

9) الحمش، منير. مجتمع المخاطر" و"الدولة الرخوة" إلى "الغضب" والثورة ثم إلى أين؟. مجلة بحوث اقتصادية عربية 55-56 (صيف- خريف 2011): 202-209.

10) حنصال، بوبكر وبن أحمد، سعدية. استراتيجية الدعم الحكومي المطبقة في الجزائر من منظور الفاعلية وتحقيق العدالة الاجتماعية والاقتصادية. مجلة الدراسات الاقتصادية المعمقة 07 (2018): 108 -138.

11) رحيمي، عيسى وقرقاد، عادل والعايب، نصر الدين. ظاهرة البطالة: مفهومها، أسبابها وآثارها. مجلة ارتقاء للبحوث والدراسات الاقتصادية 00 (السنة: 2018): 142-151.

12) شداد، عبد الرحمان. "لتأمينات الاجتماعية كنظام اجتماعي في التنظيمات من خلال نظرية الأنساق الاجتماعية. مجلة سوسيولوجيا مجلد 03- عدد: 02 (2018): 111-122.

13) صرارمة، عبد الوحيد. دولة الرعاية الاجتماعية والتحول إلى اقتصاد السوق في الجزائر. مجلة العلوم الإنسانية 30 (ديسمبر 2008):181-202.

14) عبادي، إيمان. الاتصال ودوره في ترشيد قرارات المؤسسة في ظل المخاطر، مركز جيل البحث العلمي 42 (ماي 2018):69-86.

15) العبادي، سلام عبد علي والعزاوي، مثال عبد الله. السياسة الاجتماعية في العراق جدل دولة الرفاه واقتصاد السوق. مجلة كلية الآداب 96، العراق، (2011): 44-88.

16) عريقة، لطيفة ونبار، فتيحة. "لتأمينات الاجتماعية للأسرة الجزائرية على ضوء النصوص التشريعية والتنظيمية. مجلة الباحث للعلوم الانسانية والاجتماعية مجلد 05- عدد 01 (2014):115-126.

17) عريقة، لطيفة ونبار، فتيحة. التأمينات الاجتماعية للأسرة الجزائرية على ضوء النصوص التشريعية والتنظيمية. مجلة الباحث للعلوم الانسانية والاجتماعية مجلد 05- عدد 01 (2014):115-126.

18) عزوز، أحمد وضيف، أحمد. أسباب ظاهرة الفقر ومؤشرات قياسها"، مجلة معارف 22 (جوان 2017): 340-323.
19) عقون، شراف وبوروينة، عزيز. انتشار الفقر في العالم في ظل ظروف التنمية. مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم_التجارية المجلد: 13 العدد: 03 (2020): 836 – 852.
20) مطر، حازم ابراهيم. التخطيط لتحقيق الديمقراطية الاجتماعية. مجلة التدوين 10 (السداسي الأول 2018):01-18.
21) المناور، فيصل والعلبان، منى. إدارة المخاطر الاجتماعية: التخطيط وسبل المواجهة. جسور التنمية 154 سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الدول العربية- المعهد العربي للتخطيط بالكويت، (2021): 1 - 23.
22) نويصر، بلقاسم وحاتي، كريمة. واقع السياسة الاجتماعية في الجزائر وسبل معالجتها للمسألة الاجتماعية. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية المجلد 10 العدد 02 (2017): 347-366.
23) الوائلي، طالب محيبس. الإصلاحات الاجتماعية في بريطانيا (1802 . 1946). مجلة كلية التربية واسط 10، (2011). DOI:10.31185/eduj.vol1.iss10.439

2. باللغة الأجنبية:

1) Adepoju, Omolola E et al. “Health Care Disparities in the Post-Affordable Care Act Era. American journal of public health vol. 105 Suppl 5,Suppl 5 (2015): S665-7. doi:10.2105/AJPH.2015.302611
2) Aitken M, et al, Has the era of slow growth for prescription drug spending ended?, Health Affairs 35, no. 9 (2016) : 1595–1603.
3) Andrew, John Pierre. The Globalization of Politics: The Changed Focus of Political Action in the Modern World by Evan Luard. Foreign Affairs, Vol 69, No 5 (winter, 1990): 187-187. DOI:10.2307/20044609
4) Beck, Ulrich. D'une théorie critique de la société vers la théorie d'une auto-critique sociale. In: Déviance et société, Vol 18 - N° 03 (1994): 333-343.
5) Berenguer, B et al. “Pharmaceutical care: past, present and future. Current pharmaceutical design vol. 10, 31 (2004): 3931-46. doi:10.2174/1381612043382521
6) Bertucci, Marie-Madeleine. Place de la réflexivité dans les sciences humaines et sociales : quelques jalons. Cahiers de sociolinguistique 14 (2009): 43 - 55.
7) Berwick, D. M, A user’s manual for the IOM’s Quality Chasm” report. Health Affairs 21, no. 3 (2002): 80–90.

8) Bilimoria, Karl Y et al. Association Between State Medical Malpractice Environment and Surgical Quality and Cost in the United States. Annals of surgery vol. 263,6 (2016): 1126-32. doi:10.1097/SLA.0000000000001538
9) Bodenheimer, Thomas, and Hoangmai H Pham. Primary care: current problems and proposed solutions. Health Affairs (Millwood) 29 (5) (2010 May): 799-805. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0026.
10) Boholm, Asa. Comparative studies of risk perception: a review of twenty years of research. Journal of Risk Research, 135-163 (April 1998) 135-163. DOI: 10.1080/136698798377231
11) Born, P. H., and J. B. Karl, The effect of tort reform on medical malpractice insurance market trends. Journal of Empirical Legal Studies 13, no. 4, (2016): 718–755.
12) Bort, Edward. The Objectives of The American Medical Association. The Journal of American Medical Association, Vol 134 N O7 (14 June 1947): 565-570.
13) Bosch-Badia, M. Montllor-Serrats, J. and Tarrazon-Rodon, M. Corporate Social Responsibility from the Viewpoint of Social Risk. Theoretical Economics Letters 04 (2014): 639-648. doi: 10.4236/tel.2014.48081.
14) Bradley, Beverly J & Greene, Amy C. Do Health and Education Agencies in the United States Share Responsibility for Academic Achievement and Health, A Review of 25 Years of Evidence About the Relationship of Adolescents'. Academic Achievement and Health Behaviors, Journal of Adolescent Health, Volume 52, Issue 5 (2013): 32-523. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.01.008.
15) Braveman, Paula. And Gottlieb, Laura. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. Public health reports, 129 (2014): 19-31. doi: 10.1177/00333549141291S206. PMID: 24385661; PMCID: PMC3863696.
16) Brody H, Light DW, Efforts to undermine public health: the inverse benefit law: how drug marketing undermines patient safety and public health. Bussing, Austin & Patton,Will Jason M Roberts et al, "The Electoral Consequences of Roll Call Voting: Health Care and the 2018 Election" Political Behavior". (May 8, 2020), 44: 157–177, 02, doi:10.1007/s11109-020-09615-4
17) Chapman, Audry. Barr, Donald A. Introduction to U.S. Health Policy The Organization, Financing and Delivery of Health Philosophy Ethics and Humanities in Medicine 3(1) (March 2008):1-4
18) Chun-Ju, Hsiao& Esther, Hing. Use and characteristics of electronic health record systems among office-based physician practices: United States 2001–2013. NCHS Data Brief, 143:18 (2014): 1-8.

19) Clancy, Carolyn, and Francis S Collins. Patient-Centered Outcomes Research Institute: the intersection of science and health care. Science translational medicine vol. 2,37 (2010): 37cm18. doi:10.1126/scitranslmed.3001235
20) Conti, Rena et al. Overuse of antidepressants in a nationally representative adult patient population in 2005. Psychiatric services (Washington, D.C.) vol. 62,7 (2011): 720-6. doi:10.1176/ps.62.7.pss6207_0720
21) Cunningham, Peter J. Beyond parity: primary care physicians' perspectives on access to mental health care. Health affairs (Project Hope) vol. 28,3 (2009): w490-501. doi:10.1377/hlthaff.28.3.w490
22) Danzon, Patricia M and Pauly, Mark V. Insurance and New Technology: From Hospital to Drugstore. Health Affairs, 20, no.5 (2001): 86-100.
23) Deacon, Bob. Alan Walker, Social Planning: A Strategy for Socialist Welfare. Journal of Social Policy, 14 (1), Oxford: Cambridge University Press, Basil Blackwell and Martin Robertson (1984): 4-101.
24) Decker, Sandra L. Two-thirds of primary care physicians accepted new Medicaid patients in 2011-12: a baseline to measure future acceptance rates. Health affairs (Project Hope) vol. 32,7 (2013): 1183-7. doi:10.1377/hlthaff.2013.0361
25) Delannoi, Gil. Anthony Giddens, Les conséquences de la modernité [compte-rendu] ", Revue française de science politique 45-5 (1995) :882.
26) Dixon J, US health care, I: The access problem. BMJ. 305, (6857), (1992): 817-819.
27) Drover, G. and Woodsworth, D. Social Welfare Theory and Social Policy. Canadian Journal of Social Work Education Vol 4, No 2/3 (1978): 19-41.
28) Duffy, John. The Evolution of American Medical Education. Institutional Histories, and the Medical College of Georgia. The Georgia Historical Quarterly- Georgia Historical Society, vol. 71, no. 4 (1987): 623–37. http://www.jstor.org/stable/40581739.
29) Elliott, Doreen. Review of Lessons from Abroad: Adapting International Social Welfare Innovations. M. C. Hokenstad and James Midgley. The Journal of Sociology & Social Welfare, Vol 32: Iss 3, Article 16 (2005):197- 200.
30) Faragher, E B. & Cass, M. and Cooper, C L. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. BMJ Journals- The University of Manchester Volume: 62 Issue: 2 (2005): 105-112.
31) Flynn L, Aiken LH. Does international nurse recruitment influence practice values in U.S. hospitals. Journal of Nursing Scholarship: an Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing 34(1) (2002): 67-73.
32) French, J. R. P., Jr. A formal theory of social power. Psychological Review 63(3) (1956): 181–194. https://doi.org/10.1037/h0046123

33) Friedken, Noah. A Formal Theory Of Social Power. Journal of Mathematical Sociology Vol 12 No 02, USA (1986): 103-126.
34) Fronstin, P. Features of employment-based health plans. EBRI issue brief, 201 (1998): 1-21.
35) Galuh Asmarawati, Sandra & Pangeran, Perminas. ISO 31000-Based Risk Management and Balanced Scorecard to Improve Company Performance: A Case Study at Indonsian YNK Tour and Travel Company. International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding 8(3):376 (2021): 376-378.
36) Gil, David G. Social Policies and Social Development - A Humanistic-Egalitarian Perspective. Journal of Sociology & Social Welfare Vol. 3: Iss. 3 Article 2, (1976): 241-265.
37) Gil,David G. A Systematic Approach to Social Policy Analysis. The University of Chicago Press journals, Social Service Review, Vol 44 - No 4,(Dec 1970):410-426.
38) GILBERT, Claude. LA FABRIQUE DES RISQUES. Cahiers internationaux de sociologie, Presses Universitaires de France_114, (2003) : 55 à 72.
39) Giovanni, Sartori. Politics, Ideology, and Belief Systems. The American Political Science Review 63, no 2 (1969) 398–411:. https://doi.org/10.2307/1954696.
40) Gomez-Muller, Alfredo. Subjectivité et justice sociale. Réflexions à partir de Lévinas . Transversalités vol. 111 no 3, (2009) : 49-61.
41) Greener, I., & Greve, B. Introduction: Evidence and evaluation in social policy. Social Policy & Administration, 47(4) (2013) : 355–358.
42) Haberkorn, Jennifer. The Prevention and Public Health Fund. Health Affairs, Robert Wood Johnson Foundation (February 23-2012): 01-05.
43) Harrison, Teresa D. Consolidations and Closures: An Empirical Analysis OF Exits from THE Hospital Industry. Health Economics, 16: 457–474 (2007) 454-474.
44) Heaney, Michael T. Brokering health policy: coalitions, parties, and interest group influence. Journal of health politics, policy and law vol. 31,5 (2006): 887-944. doi:10.1215/03616878-2006-012
45) Hersh, William. A stimulus to define informatics and health information technology. BMC Medical Informatics and Decision Making, 9:24 (2009): 01-06.
46) Horner, S. L. The Health Care Quality Improvement Act of 1986: Its History, Provisions, Applications and Implications. American Journal of Law & Medicine, Cambridge University Press 16(4), (1990):-98 455. https://doi.org/10.4000/lisa.4136
47) Julie Pietroburgo, Charity at the Deathbed: Impacts of Public Funding Changes on Hospice Care. American Journal of Hospice & Palliative Medicine, Vol. 23, No. 3, (June/July 2006), 217-223.

48) Karsten, I.Paul & Klaus, Moser. “Unemployment impairs mental health: Meta-analyses”. Journal of Vocational Behavior Volume 74, Issue 3 (June 2009): 264-282.
49) Kenneth, Nelson & Daniel, Fredriksson.et al. The Social Policy Indicators. International Journal of Social Welfare 29(3), (2020): 285-289. doi: 10.1111/IJSW.12418
50) Klink, Kathleen. Incentives for Physicians to Pursue Primary Care in the ACA Era. AMA Journal of Ethics, 17 (7), (2015): 637-646.
51) Konzelmann, Suzanne J. The Political Economics of Austerity. Cambridge Journal of Economics vol. 38, no. 4 (2014): 701–741, www.jstor.org/stable/24695037
52) Laxmaiah, Manchikanti & Standiford, Helm Ii et al. A Critical Analysis of Obamacare: Affordable Care or Insurance for Many and Coverage for Few?. Pain Physician 20(3) (2017 Mar): 111-138.
53) Lazar, Malerie and Lisa Davenport, Barriers to Health Care Access for Low Income Families: A Review of Literature, Journal of Community Health Nursing, VOL. 35, NO 1 (2018): 28–37.
54) Lockhart, Charles. Values and Policy Conceptions of Health Policy Elites in the United States, the United Kingdom and the Federal Republic of Germany. Journal of Health Politics Policy and Law, Published by Duke University Press (1981): 98-119. DOI: 10.1215/03616878-6-1-98
55) Lorenz K, et al. Charity for the dying: who receives unreimbursed hospice care? Journal Palliat Med. 6 (4), (2003): 91–585.
56) Lupu Laura, "The concept of social risk: A geographical approach", Quaestiones Geographique, vol.38, no.4, (2019): 5-13.
57) Majone G. The feasibility of social policies. Policy Sci 6, 49–69 (1975): 49–69. https://doi.org/10.1007/BF00186755
58) Michael T. Heaney. Brokering Health Policy: Coalitions, Parties, and Interest Group Influence. Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 31, No. 5 (October 2006): 891-892.
59) Milliman Inc. Medicare versus private health insurance: the cost of administration 2006. Retrieved on January 01, 2022. http://www.cahi.org/cahi_contents/resources/pdf/CAHIMedicareTechnicalPaper.pdf
60) Mosadeghrad AM. Healthcare service quality: towards a broad definition. Int J Health Care Qual Assur,; 26 (3), (2013) :203-19.
61) Oppenheimer, Valerie Kincade. Women’s Rising Employment and the Future of the Family in Industrial Societies. *Population and Development Review* 20, no. 2 (1994): 293–342. https://doi.org/10.2307/2137521

62) Padmini D. Ranasinghe. International Medical Graduates in the US Physician Workforce. The Journal of the American Osteopathic Association, Vol 115, No. 4 (April 2015): 238-239.
63) Pawar, Manohar. "Social Work and Social Policy Practice: Imperatives for Political Engagement". The International Journal of Community and Social Development 1(1) ,(2019): 15–27.
64) Petterson, Stephen M et al. Unequal distribution of the U.S. primary care workforce. American family physician vol. 87, 11 (2013): Online..
65) Rice, Thomas & Rosenau, Pauline at al. United States of America: health system review. Health Syst Transit, WHO Regional Office for Europe, UN City, Copenhagen Ø, Denmark (2013): 1-431.
66) Rittenhouse, Diane R et al. Small and medium-size physician practices use few patient-centered medical home processes. Health affairs (Project Hope) vol. 30,8 (2011): 1575-84. doi:10.1377/hlthaff.2010.1210
67) Robert L, Phillips. Primary care in the United States: problems and possibilities. BMJ (Clinical research ed.), vol. 331,7529, (2005). Retrieved on 22nd January 2022, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1309658/
68) Robin M Weinick, Steffanie J Bristol and Catherine M DesRoches, Urgent care centers in the U.S.: Findings from a national survey, BMC Health Services Research: 9 (79), (2009), 06.
69) Rosenbaum S, Westmoreland TM. The Supreme Court's surprising decision on the Medicaid expansion: how will the federal government and states proceed**?** Health Aff (Millwood), 31(8), (2012 Aug):1663-72.
70) Ross, Lori E et al. Demographic characteristics of participants in studies of risk factors, prevention, and treatment of postpartum depression. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie vol. 51,11 (2006): 704-10. doi:10.1177/070674370605101107
71) Salinsky, Eileen. Governmental Public Health: An overview of state and Local Public Health Agencies. National Health Policy Forum (August 18, 2010) : 1-28.
72) Schwartz Edward. Unravelling Social Policy: Theory Analysis and Political Action toward Social Equality. David G. Gil. Social Service Revie (December, 1974): 599-601. DOI: 10.1086/643186
73) Sharpe, W.F. Capital Assets Prices: A Theory of Market Equilibrium under Risk. Journal of Finance (1964): 425-442.
74) Sidney, Fine. The Kerr-Mills Act: medical care for the indigent in Michigan, 1960-1965. Journal Hist Med Allied Sci, (1998 Jul), 53(3): 285-316. doi: 10.1093/jhmas/53.3.285. PMID: 9715592

75) Silja, Häusermann. The Politics of Old and New Social Policies. Zurich: Open Repository and Archive: University of Zurich, University Library, (2012):111-132.
76) Singh GK, Daus GP, Allender M, et al. Social Determinants of Health in the United States: Addressing Major Health Inequality Trends for the Nation, 1935-2016. Int Journal MCH AIDS 6 (2) (2017): 139-164
77) Spitze, Glenna. Women's Employment and Family Relations: A Review. Journal of Marriage and Family 50, no. 3 (1988): 595–618. https://doi.org/10.2307/352633.
78) Tang N, Eisenberg JM and Meyer GS. The roles of government in improving health care quality and safety. Jt Comm J Qual Saf, 30 (1) (2004 Jan): 50. doi: 10.1016/s1549-3741(04)30006-7. PMID: 14738036.
79) Taoufik. Djebali. Politique Sociale et religion aux Etats-Unis: du conservatisme compatissant à l'ouragan Katrina. Revue LISA/LISA e-journal. Vol IX- no 1 (2011): 79-95.
80) Tunis, Sean R. and Kang, Jeffrey L. Kang. Improvements in Medicare Coverage of New Technology. Health Affairs 20, no:5 (2001): 83-85.
81) Utangisila Bena Osée. Negotiation and Public Policy-Making Process. Open Access Library Journal Volume 6, e5581,(2019): 01-07.
82) Von Gliszczynskl, Moritz, Leisering, Lutz. Constructing new global models of social security: How international organizations defined the field of social cash transfers in the 2000s. Journal of Social Policy 45 (April 2016): 43-325.
83) Wacquant, Loïc J. D. The War against the Poor: The Underclass and Anti-Poverty Policy by Herbert Gans. Political Science Quarterly Vol 112 No 1, Academy of Political Science (Spring 1997): 159-160.
84) Walker, Alan. Social Policy Administration and The Social Construction Of Welfare Sociology. Sage Journals, Sage Publications Inc, Vol. 15, Issue 2(1981): 225-250.
85) Weiner, Jonathan. Expanding the US medical workforce: global perspectives and parallels. BM Journal (7613):236–8, (2007): 336-338.
86) WHO, Promoting well-being, Retrieved on May 23, 2022, https://www.who.int/activities/promoting-well-being
87) Wilding, Paul. (David G. Gil, The Challenge of Social Equality). Schenkman Publishing Company- Cambridge- Massachusetts, 1976. Xi 225. Journal of Social Policy 7, no. 2 (1978): 231–33. doi:10.1017/S0047279400007698.
88) Williams SJ, Martin P, Gabe J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. Social Health, 33(5), (2011):710–25
89) Zajacova Anna and Lawrence, Elizabeth M. The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. Annual Review

of Public Health (2018): 273-289. Downloaded from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5880718

ثالثا. المذكرات والأطروحات:

1. باللغة العربية:

1) أبو حجير، طارق مفلح جمعة. "القيادة الاستراتيجية ودورها في إدارة المخاطر والأزمات". أطروحة دكتوراه في الفلسفة وإدارة الأعمال، مصر: جامعة قناة السويس– كلية التجارة– الدراسات العليا، 2014.
2) بركات سارة، "دور تطبيق الاجراءات الاحترازية لإدارة المخاطر البنكية في تحسين الحوكمة المصرفية، – دراسة حالة بنك سوسيتي جنرال في الجزائر–". أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، في العلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر بسكرة، السنة الجامعية: 2014–2015.
3) بيريك، عاطف مصطفى. "دولة الرفاهية في الفكر الليبرالي المعاصر". أطروحة دكتوراه في العلوم السياسية من جامعة بغداد، العراق، 2020
4) حيرش، سمية. "الفلسفة الأمريكية بين الليبرالية والبراغماتية، شارل بيرس نموذجا". أطروحة دكتوراه في الفلسفة، جامعة وهران – كلية العلوم الاجتماعية – قسم الفلسفة– السنة الجامعية 2012/2011.
5) زغدي، خليل. " دور الدولة في تفعيل السياسة الاجتماعية دراسة مقارنة في البناء المؤسساتي بين الجزائر والأردن بين 2024–2014" (أطروحة دكتوراه تخصص السياسات العامة والخدمة العمومية بجامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي، 2019–2020.
6) غزلاني، وداد. " العولمة والارهاب الدولي: بين آلية التفكيك والتركيب". أطروحة دكتوراه في العلوم السياسية، جامعة باتنة: الحاج لخضر، كلية الحقوق والعلوم السياسية، 2010.

2. باللغة الأجنبية:

1) Pearson and Kathryn, "Party Discipline in the Contemporary Congress: Rewarding Loyalty in Theory and in Practice" (Berkeley, PhD diss, University of California, 2005), 893.

رابعا. التقارير والوثائق الرسمية والحكومية:

1. باللغة العربية:

1) الأمم المتحدة– اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا. نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية: إطار وتحليل مقارن. نيويورك: 2005.
2) الأمم المتحدة– اللّجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا–الاسكوا–. موجز السياسات العامة من طموح العدالة الاجتماعية إلى واقع اللامساواة. نيويورك: 2018
3) الأمم المتحدة–اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، نحو سياسات متكاملة للتنمية الاجتماعية تحليل مفاهيمي، سلسلة دراسات السياسات الاجتماعية 8. نيويورك: 2004.
4) اورتيز، ازابيل. السياسة الاجتماعية: الاستراتيجيات الانمائية الوطنية مذكرات توجيهية في السياسات. الأمم المتحدة: ادارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية–، 2007.
5) مجلس التعاون الخليجي– المعهد العربي للتخطيط. المخاطر الاجتماعية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية وسياسات المواجهة. الكويت: 2017.

2. باللغة الأجنبية:

1) Cohen, Robin A & Martinez, Michael E. Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey. USA :U.S. Department of Health and Human Services - Centers for Disease Control and Prevention - National Center for Health Statistic, 2013.
2) Cohen, Robin A. and Martinez, Michael E. Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey. U.S.A: National Center for health Statistics, January–March 2015.
3) Commission on Risk Assessment and Risk Management. “Risk Assessment and Risk Management in Regulatory Decision-Making”, DRAFT REPORT FOR PUBLIC REVIEW AND COMMENT, June 13, 1996.
4) Donovan, Matthew P. MILITARY MEDICAL TREATMENT FACILITY SUPPORT OF MEDICAL READINESS SKILLS OF HEALTH CARE PROVIDERS. USA: Department of Of Defence. February 7, 2020.
5) Employment social affairs, “Report of the High-Level Group on the future of social policy in an enlarged European Union” (Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.

6) Jessica C, .Smith, and Medalia, Carla. U.S. Census Bureau, Current Population Reports. P60-253, Health Insurance Coverage in the United States: 2014, U.S. Government Printing Office. Washington, DC: 2015.
7) Redhead, C. Stephen and Dabrowska. Agata Congressional Research Service, Overview and Funding (FY2010-FY2016). Public Health Service Agencies, CRS Report Committees of Congress (2015): 01-52.
8) R E P O R T OF THE COMMITTEE ON THE BUDGET HOUSE OF REPRESENTATIVES, AMERICAN HEALTH CARE ACT OF 2017. USA Congress, MARCH 20, 2017.
9) Report of A Nation At Risk - April 1983, Retrieved on December 02, 2021, https://www2.ed.gov/pubs/NatAtRisk/risk.html
10) United States of America. Analysis and interpretation of Constitution of the United States, US Congress. USA: 2022.
11) United States Supreme Court. HAWKER v. PEOPLE OF STATE OF NEW YORK(1898).No. 415, Argued: Decided: April 18, 1898, Retrieved on 26th January 2022, from : https://caselaw.findlaw.com/us-supreme-court/170/189.html
12) US Department of Health and Human Services Fiscal Year 2022: Budget in Brief. USA: 2022.
13) Yeates, Nicola. "Globalization" and Social Policy in a Development Context Regional Responses, Social Policy and Development Program. UN: United Nations Research Institute for Social Development, 2005.

خامسا. أوراق بحثية:

1) Bikifi, Tamara. Jinkins, Beth and Beth Kytle, Social Risk as Strategic Risk, A Working paper of the: Corporate Social Responsibility Initiative. Working paper No 30, Harvard University and JOHN F KENNEDY SCHOOL OF GOVERNMENT (2016): 01-18.
2) HOLZMANN R & JØRGENSEN S. Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond. SP DISCUSSION PAPER 0006, the World Bank, 2000.
3) Kuhnle, Stein & O Hort, Sven E. The Developmental Welfare State in Scandinavia Lessons for the Developing World, Social Policy and Development Programme. Paper Number 17, (UN: Unicef- United Nations Research Institute for Social Development September 2004).

سادسا. الدراسات في الكتب الجماعية:

1. باللغة العربية:

1) بلغنامي، نجاة وسيلة. "أهمية المراصد الاجتماعية في تفعيل الانذار المبكر". في: المؤلف الجماعي للملتقى الدولي الافتراضي الأول من تنظيم المركز الجامعي بتندوف علي كافي جول تطبيقات إدارة المخاطر الاجتماعية وأبعادها الاقتصادية والقانونية الواقع والمأمول رؤية استشرافية، دار الخيمة، 2021.

2) بيزيد، يوسف وبلخير، آسية. "هجرة الكفاءات: المفهوم، الأسباب والآثار المترتبة عنها". مؤلف جماعي بعنوان: هجرة الأدمغة وإشكالية تثمين الكفاءات الوطنية ضمن فعاليات ملتقى دولي، الجزائر: شركة الأصالة للنشر، 2021).

3) جرادة، لخضر ونبو، إسماعيل. "تحديد وتقييم إدارة المخاطر للمؤسسات". المؤلف الجماعي: للملتقى الدولي الافتراضي الأول من تنظيم المركز الجامعي بتندوف علي كافي جول تطبيقات إدارة المخاطر الاجتماعية وأبعادها الاقتصادية والقانونية الواقع والمأمول رؤية استشرافية، دار الخيمة، 2021.

4) الزايد، أحمد وليلة، علي وآخرون، "إشكاليات السياسة الاجتماعية في إدارة المخاطر بدول مجلس التعاون الخليجي". في مؤلف جماعي: سلسلة الدراسات الاجتماعية 80، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون، 2013.

5) زايد، أحمد. "التخطيط لآليات إدارة المخاطر – الأزمات في السياسة الاجتماعية". مؤلف جماعي: إشكالية السياسات الاجتماعية في إدارة المخاطر في دول مجلس التعاون الخليجي، سلسلة الدراسات الاجتماعية 80، 2013.

6) زغامين محمود وبن سعد جمال، "التدابير الحمائية للعمال في الجزائر كمدخل لإدارة المخاطر الاجتماعية – جائحة كورونا نموذجا–". في لمؤلف الجماعي: للملتقى الدولي الافتراضي الأول من تنظيم المركز الجامعي بتندوف علي كافي جول تطبيقات إدارة المخاطر الاجتماعية وأبعادها الاقتصادية والقانونية الواقع والمأمول رؤية استشرافية، دار الخيمة، 2021.

7) زغامين، محمود وبن سعد، جمال. "التدابير الحمائية للعمال في الجزائر كمدخل لإدارة المخاطر – جائحة كورونا نموذجا–". المؤلف الجماعي للملتقى الدولي الافتراضي الأول من تنظيم المركز الجامعي بتندوف على كافي جول تطبيقات إدارة المخاطر الاجتماعية وأبعادها الاقتصادية والقانونية الواقع والمأمول رؤية استشرافية. الجزائر: دار الخيمة، 2021.

8) عرشوش، سفيان. المواجهة التشريعية للمخاطر. المؤلف الجماعي للملتقى الدولي الافتراضي الأول من تنظيم المركز الجامعي بتندوف علي كافي جول تطبيقات إدارة المخاطر الاجتماعية وأبعادها الاقتصادية والقانونية الواقع والمأمول رؤية استشرافية، دار الخيمة، 2021.

9) ليلة، على. "مؤشرات قياس فاعلية السياسات الاجتماعية في مواجهة المخاطر". مؤلف جماعي: إشكاليات السياسات الاجتماعية في إدارة المخاطر بدول مجلس التعاون الخليجي. سلسلة الدراسات الاجتماعية، العدد 80، 2013.

10) قمبور، عبد الرؤوف. "إدارة المخاطر من منظور كلّي: رؤية البنك العالمي". المؤلّف الجماعي: للملتقى الدّولي الافتراضي الأوّل من تنظيم المركز الجامعي بتندوف علي كافي جول تطبيقات إدارة المخاطر الاجتماعية وأبعادها الاقتصادية والقانونية الواقع والمأمول رؤية استشرافية، دار الخيمة، 2021.

2. باللغة الأجنبية:

1) Cassirer, Christopher. Risk Management Program. In book: Risk Management Handbook. Chicago: Health Forum, Inc. An American Hospital Association Company, 2000.

2) Thomas, David R. Research strategies. In book: Health and public policy in New Zealand Chapter: Research strategies, PP 82-102. UK Oxford University Press, 2001.

3) Wright, Jan Folkmann. Decision-making in Risk Management. In book: Perspectives on Risk, Assessment and Management Paradigms. London: IntechOpen, 2019). 10.5772/intechopen.77127

سابعا. المواقع الإلكترونية:

1. باللغة العربية:

1) أبو عليان، بسام محمد. طرق الخدمة الاجتماعية: مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، موقع سما سيسيولوجيا، اطلع عليه بتاريخ: 18 أوت 2020، https://bit.ly/3cGMDUS

2) أدلة MSD، ميديكيد، مسترجع بتاريخ 02 جانفي 2022، من موقع: https://msdmnls.co/3qAFVCA

3) أكبر 10 مؤسسات خيرية في الولايات المتحدة، بتاريخ 21 نوفمبر 2014، مسترجع بتاريخ 05 جانفي 2022، من موقع: https://bit.ly/3EXWSMF

4) ألبرت مورس، نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة – ما يحتاج حقًّا إلى الإصلاح، 30 ماي 2011 اطلع عليه بتاريخ 02 فيفري 2022، https://econintersect.com/ar/wordpress/?p=9263

5) الأمم المتحدة: تقرير مؤشر الفقر العالمي الجديد: تفاوتات شاسعة بين البلدان وداخلها، بتاريخ 11 جويلية 2019. اطلع عليه بتاريخ 03 أوت 2021 من موقع: https://news.un.org/ar/story/2019/07/1036611

6) الأيام 24، بي بي سي عربي، الإجهاض لماذا قد تكون النساء السودوات أكثر تأثرا بتقييده في الولايات المتحدة، مسترجع بتاريخ 29 جانفي 2022 من موقع: https://www.alayam24.com/articles-375021.html

7) ايفاد، أوجه التمكين. اطلع عليه بتاريخ 15 أوت 2021 من موقع: https://www.ifad.org/ar/web/latest/-/los-rostros-del-empoderamiento

8) بالا، أناليزا و بيودي، آدم و جاكويري، آنا. استراتيجية تعزيز مفهوم الرفاهية. جريدة الاقتصادية: جريدة العرب الاقتصادية الدولية، 25 جانفي 2022. اطلع عليه بتاريخ 05 فيفري 2022، من موقع: https://www.aleqt.com/2022/01/25/article_2251281.html

9) البنك الدولي، حان وقت تجديد السياسة الاجتماعية في العالم العربي، مسترجع بتاريخ 29أفريل 2022 من موقع:

10) البوسعدية، هدى نظرية الأنساق العامة، جامعة نزوى، بتاريخ: 2016/02/10، اطلع عليه بتاريخ 17 أفريل 2022، https://bit.ly/3jJAVbR

11) تطور عدد سكان الولايات المتحدة عبر التاريخ. مسترجع بتاريخ 17 ديسمبر 2021، https://bit.ly/3p4fqWF

12) التميز في الضمان الاجتماعي. الضمان الاجتماعي: حق أساسي من حقوق الإنسان. مسترجع بتاريخ: 16 أوت 2021، من موقع: https://ww1.issa.int/ar/about/socialsecurity

13) جامعة الأقصى، تحليل السياسة الاجتماعية، اطلع عليه بتاريخ 06 ماي 2022، https://bit.ly/3RkIkxr

14) جامعة بابل: كلية التربية الأساسية، النظريات التي حاولت تفسير التفاعل الاجتماعي، اطلع عليه بتاريخ 2021/05/01، https://bit.ly/3RbXAN2

15) جامعة مينوسوتا. دستور الولايات المتحدة الأمريكية، مسترجع بتاريخ 30 جانفي 2022، http://hrlibrary.umn.edu/arabic/us-con.html

16) جريدة النهار اللبنانية. تعرف على أكثر الدول المتقدمة انفاقا على الرعاية الصحية، 2014/07/11. مسترجع بتاريخ 01 ديسمبر 2021، https://bit.ly/3D5DMXu

17) جنيد نابي، دفاعا عن الدبلوماسية الصحية العالمية، في: موقع جريدة البيان الإماراتية، 24 فبرير 2020، مسترجع بتاريخ 02 ماي 2022، https://www.albayan.ae/opinions/knowledge/2020-02-24-1.3785673

18)دستور الولايات المتحدة الأمريكية لسنة 1789 شاملا لتعديلاته لغاية 1992. مسترجع بتاريخ 19 ديسمبر 2021، https://bit.ly/3F70NaK

19)الشرقاوي، شيماء. السياسات العامة ودورها في تحقيق العدالة الاجتماعية. من موقع: منتدى البدائل العربي للسياسات. اطلع عليه بتاريخ: 09 أوت 2021، من موقع: https://bit.ly/3fJAooC

20)صنع وصياغة سياسات الرعاية الاجتماعية، مسترجع بتاريخ 14 جانفي 2022 ، https://bit.ly/3GvjQwa

21)العتوم، هديل. نظرية التبادل الاجتماعي، موقع e عربي، اطلع عليه بتاريخ 2021/05/01، https://e3arabi.com/?p=462783

22)عصمت محمود أحمد سليمان، العدالة الاجتماعية وقضايا الفقر في عالمنا المعاصر، مقاربة للتأسيس الفلسفي متضمنة، اطلع عليه بتاريخ 20 أفريل 2022، https://bit.ly/3QIaKk1

23)فريق موقع بوابة علم الاجتماع. ملخص كتاب المشكلات الاجتماعية. 04 مارس 2020، اطلع عليه بتاريخ 14 جويلية 2021، https://www.pinterest.com/pin/793900240546505519/

24)فودة، هالة. استراتيجية تمكين المرأة 2030. " أهداف ومؤشرات". المرصد المصري 07 أفريل 2021. اطلع عليه بتاريخ، 15 أوت 2021 من موقع: https://marsad.ecsstudies.com/54300/

25)قاعدة القيم المتلازمة، مركز دراسات النشر الاسلامي والأخلاق، اطلع عليه بتاريخ 08 ماي 2021 على الساعة من موقع: https://bit.ly/3AG6LOT

26)كُتّاب موقع سطور. تعريف البراجماتية. نشر بتاريخ: 26 ديسمبر 2019. اطلع عليه بتاريخ 26 ديسمبر 2021 من موقع: https://bit.ly/3Hp3vJ

27)كويتيون في أمريكا. العلاج في أمريكا. اطلع عليه بتاريخ 01 جانفي 2022، من موقع: https://bit.ly/3vVUTr0

28)اللجنة الوطنية لشؤون المرأة، الخطة الاستراتيجية لتمكين المرأة في الأردن (2013–2017)، اطلع عليه بتاريخ 15 أوت 2021 من موقع: https://bit.ly/37ZPEK9

29)لطيف، لبنى. مقال تحليلي نقدي في سيسيولوجيا المخاطر 11 مارس 2017. اطلع عليه بتاريخ 26 جوان 2021، https://www.rawafidpost.com/archives/10011

30)للعلم Scientific American، التغطية التأمينية الممتدة تخفض مرض الأمهات الحوامل، مسترجع بتاريخ 02 جانفي 2022 من موقع: https://bit.ly/3mRIaQZ

31)المبارك، إبراهيم. محاضرات حول الرعاية الاجتماعية، جامعة الملك فيصل بالسعودية، 2015. اطلع عليه بتاريخ 15 ديسمبر 2021، https://research1505.blogspot.com/2015/01/blog-post_15.html

32) مركز جيل للبحث العلمي ومحمد جلال حسين، "المعتقدات والممارسات الثقافية وأثرها على الحالة الصحية للأوغنديين: دراسة ميدانية في الأنثروبولوجيا الطبية"، مجلة جيل العلوم الانسانية والاجتماعية 46، (2018)، 55، مسترجع بتاريخ 29 جانفي 2022، من موقع: https://bit.ly/3563vAN

33) مكتبة علم الاجتماع، نظريات الرعاية الاجتماعية، اطلع عليه بتاريخ 17 ماي 2021، من موقع: https://bit.ly/3BGY3BS

34) مملكة البحرين، وزارة العمل والتنمية الاجتماعية، السياسة الاجتماعية والمعلومات، اطلع عليه بتاريخ 22 جويلية 2020، https://bit.ly/3TtYFBD

35) منجية، إبراهيم. ريادة الأعمال، كل ما تود معرفته عن خطوات إدارة المخاطر. مسترجع بتاريخ 17 جوان 2021 من موقع: https://blog.mostaql.com/risk-management-steps/

36) موقع معرفة. التعليم في الولايات المتحدة الأمريكية. مسترجع بتاريخ 02 ديسمبر 2021 من موقع: https://bit.ly/3ElCnKb

37) موقع معرفة، قانون حماية المريض والرعاية الميسرة (الولايات المتحدة)، مسترجع بتاريخ 07 جانفي 2022، https://bit.ly/3qRGnwy

38) موقع معلومات، مفهوم ومصطلحات: ما هو مفهوم الرعاية الاجتماعية، مسترجع بتاريخ 08 ماي 2021 من موقع: https://bit.ly/3xWRcjw

39) موقع موضوع، تحليل SWOT . اطلع عليه بتاريخ 16 ماي 2022، http://bitly.ws/tWaL

40) نظام ISO 31000 لإدارة مخاطر المؤسسات. اطلع عليه بتاريخ 18 جويلية 2021، https://www.sertifikasyon.net/ar/hizmet/iso-31000-kurumsal-risk-yonetim-sistemi

41) هندسة النظم الاجتماعية، تحليل سياسات الرعاية الاجتماعية، اطلع عليه بتاريخ: 23 أفريل من موقع: https://bit.ly/3D62JCr

42) ويكي اف اكس، تجانس الاستهلاك. مسترجع بتاريخ 06 فيفري 2022. https://bit.ly/3zm5tt9

43) ويكيبيديا. مساحة الولايات المتحدة الأمريكية. مسترجع بتاريخ: 17 ديسمبر 2021 ، ttps://bit.ly/3yAYwSD

44) ويكيبيديا، إصلاح الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، مسترجع بتاريخ 26 ديسمبر 2021 من موقع: https://bit.ly/3zw7V0f

45) ويكيبيديا، قائمة الأحزاب السياسية في الولايات المتحدة، مسترجع بتاريخ 29 جانفي 2022، https://bit.ly/3ubLlYu

46)ويكيبيديا، وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، تم الاطلاع بتاريخ 14 جانفي 2022، من موقع: https://bit.ly/3BJ3Eri

1. باللغة الأجنبية:

1) AARP PUBLIC POLICY INSTITUTE ISSUES Medicare, Medicaid and ACA, Retrieved on January 03, 2022, https://www.aarp.org/ppi/issues/medicare/
2) About HRSA, Retrieved on February 24, 2022. https://www.hrsa.gov/about/index.html
3) About ODPH, Retrieved on February 24, 2022. https://health.gov/about-odphp
4) About OHRP, Retrieved on February 24, 2022. https://www.hhs.gov/ohrp/about-ohrp/index.html
5) About OSG, Retrieved on February 25, 2022. https://www.hhs.gov/surgeongeneral/index.html
6) About the National Vaccine Program , Retrieved on February 24, 2022, https://www.hhs.gov/vaccines/about/index.html
7) Administration-Bureau of Health Professions. The Physician Workforce: Projections and Research into Current Issues Affecting Supply and Demand, (December 2008) Retrieved on January 21, 2022. https://bhw.hrsa.gov/.../data-research/physiciansupplyissues.pdf
8) AHA, Perspective: Building on the ACA to Advance Health for All Retrieved on, Nov 13, 2020, https://www.aha.org/news/perspective/2020-11-13-perspective-building-aca-advance-health-all
9) AHCA/NCAL / Membership / Insurance Solutions Insurance Solutions, , Retrieved on January 03, 2022, https://www.ahcancal.org/Membership/Pages/insurance-solutions.aspx
10) AHRQ Profile, Retrieved on February 24, 2022. https://www.ahrq.gov/cpi/about/index.html
11) AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality About, Retrieved on January 2, 2022, https://bit.ly/3vkAbkD
12) AHRQ. Agency for Healthcare research and Quality, Children's Health Insurance Program Reauthorization Act (CHIPRA). Page last reviewed March 2019, Retrieved on January 14, 2022, https://www.ahrq.gov/policymakers/chipra/index.html

13) AMA, Efforts to improve ACA implementation, Retrieved on January 03, 2022, https://www.ama-assn.org/delivering-care/patient-support-advocacy/efforts-improve-aca-implementation
14) AMA, AMA History, Retrieved on January 23, 2022, from: https://www.ama-assn.org/about/ama-history/ama-history
15) American Bible Society, What is The Top Problem Families Face Today?, Retrieved on January 08, 2022, https://news.americanbible.org/blog/entry/corporate-blog/what-is-the-top-problem-families-face-today
16) American University of Antigua, what is the process of legislative health policy, Retrieved on 12th January 2022, from: https://www.coursehero.com/file/p3dka0n5/9-What-is-the-process-of-legislative-health-policy-in-the-United-States-The/
17) ASPE 2015 Poverty Guidelines, Retrieved on January 3, 2022, https://aspe.hhs.gov/2015-poverty-guidelines
18) ATSDR, Retrieved on February 23, 2022. https://www.atsdr.cdc.gov/about/index.html
19) Barreiro, Sachi. Can Employers Offer Health Insurance Only to Certain Employees?, Retrieved on January 03, 2022,https://www.nolo.com/legal-encyclopedia/can-employers-offer-health-insurance-only-to-certain-employees.html
20) Bradrick, Erin. The Finance Committee: What is it and What Does it Do?, . Published on: January 16, 2014, Retrieved on February 02, 2022, https://nonprofitlawblog.com/the-finance-committee-what-is-it-and-what-does-it-do/
21) British Association of Social Workers, What do social workers do?, Retrieved on May 28, 2022, https://www.basw.co.uk/resources/become-social-worker/what-do-social-workers-do
22) Brown, Joshua M, The Etymology of Risk, Posted November 20, 2015, Retrieved on June 14, 2021, https://thereformedbroker.com/2015/11/20/the-etymology-of-risk/
23) Business Bliss Consultants FZE. (November 2018). Social Determinants of Health (SDOH) | Essay. Retrieved on February 21, 2022, https://nursinganswers.net/essays/social-determinants-health-sdoh-essay-7982.php?vref=1
24) Case Western Reserve University, M.C. “Terry” Hokenstad, Jr, PhD, Retrieved on April 22, 2022, From: https://case.edu/socialwork/about/directory-faculty-and-staff/emeriti-faculty/mc-terry-hokenstad-jr-phd

25) CDC, CDC Strategy for Global Response, Retrieved on July 21, 2022, https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/global-response-strategy.html
26) CDC, CDC Strategy for Global Response (2020-2023), Retrieved on July 24, 2022, www.cdc.gov/?url=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fglobal-covid-19%2Fglobal-response-strategy.html
27) CDC, Gross domestic product and national health expenditures, Retrieved on December 02, 2021, https://bit.ly/3IbK8Vs
28) CDC, Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, Retrieved on January, 28, 2022, from : https://www.cdc.gov/phlp/publications/topic/hipaa.html
29) CDC, Health, United States, 2019 – Data Finder, Retrieved on January 27, 2022, https://www.cdc.gov/nchs/hus/contents2019.htm
30) CDC, Role & Pledge. Retrieved on February 22, 2022, https://www.cdc.gov/about/organization/mission.htm
31) CDC. Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. Retrieved on January 26, 2022, from: (HIPAA)https://bit.ly/34VQNo8
32) Center on Budget and Policy Priorities, Policy Basics: Introduction to Medicaid, Retrieved on January 03, 2022, https://www.cbpp.org/research/health/introduction-to-medicaid
33) Centers for Disease Control and Prevention. Official Mission Statements & Organizational Charts, Retrieved on January 14, 2022, https://www.cdc.gov/about/organization/cio-orgcharts/index.html
34) Chand, Simriti. Models of Decision Making: Rational, Administrative and Retrospective Decision Making Models, Retrieved on April 18; 2022, from: https://bit.ly/3AE0Hqd
35) CIA. The Worldfactbook, Population. Retrieved on December 17, 2021. https://bit.ly/3q3iHFc
36) CMS. Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP). Retrieved on January 28, 2022, https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program
37) College, Regis. 8 Important Regulations in United States Health Care. Retrieved on December 22, 2021, https://online.regiscollege.edu/blog/8-important-regulations-united-states-health-care/
38) Committee of finance .Grassley Presses HHS, FDA on Safety and Quality Control of Foreign Drug Manufacturing Facilities. Retrieved on February 02, 2022,

https://www.grassley.senate.gov/news/news-releases/grassley-presses-hhs-fda-safety-and-quality-control-foreign-drug-manufacturing

39) Committee of finance. Grassley Presses HHS, FDA on Safety and Quality Control of Foreign Drug Manufacturing Facilities. . Retrieved on February 02, 2022, https://www.finance.senate.gov/chairmans-news/grassley-presses-hhs-fda-on-safety-and-quality-control-of-foreign-drug-manufacturing-facilities

40) Company-Histories.com, AMA, Retrieved on January 26, 2022, from: https://www.company-histories.com/American-Medical-Association-Company-History.html

41) Congressional Budjet Office, Budjet, Retrieved on July 07, 2022, https://www.cbo.gov/topics/budget

42) Congressional Budjet Office. Budjet. Retrieved on July 07, 2022, https://www.cbo.gov/topics/budget

43) Cooperative Law Definition: Everything You Need to Know, Retrieved on January 19 2022, https://www.upcounsel.com/cooperative-law-definition

44) Created by Baby Boom Health, How to solve the difficulties in accessing elderly healthcare in the USA, Retrieved on January 2, 2022, https://www.playbuzz.com/babyboomhealth10/how-to-solve-the-difficulties-in-accessing-elderly-healthcare-in-the-usa

45) Data and Research, Specialty care, Retrieved on 05th January 2022, from : https://bit.ly/3zu20XR

46) Department of Health and Human Resources. About HHS. Retrieved on December 02, 2021, https://www.hhs.gov/about/index.html

47) Economic Research. Real mean personal income in the United States. Retrieved December 01, 2021, https://fred.stlouisfed.org

48) FDA, What we do, Retrieved on February 23, 2022, https://www.fda.gov/about-fda/what-we-do

49) Field MJ, Cassel CK. Approaching death: improving care at the end of life, Washington, DC: National Academies Press, Institute of Medicine, 1997, Retrieved on January 07, 2022 from: Matter | Approaching Death: Improving Care at the End of Life | The National Academies Press (nap.edu)

50) FIERCE Healthcare, How Medicaid Works with other Health Coverage, Retrieved on January 22, 2022, https://www.fiercehealthcare.com/sponsored/how-medicaid-works-other-health-coverage

51) Freed, Meredith & Damico, Anthony and Neuman, Tricia. Medicare Advantage 2022 Spotlight: First Look. Published: Nov 02, 2021, In Kaiser Family

Foundation website, Retrieved on : January 02, 2022, Medicare Advantage 2022 Spotlight: First Look | KFF

52) Friedman, Emily. Surf, Turf and the Future of Primary Care, First published in Hospitals & Health Networks On Line",(June 3, 2008) Retrieved on January 21, 2022. https://emilyfriedman.com/columns/2008-06-primary-care.html

53) GAO. Hospital emergency departments: crowding continues to occur, and some patients wait longer than
recommended timeframes, Washington, DC: US Government Accountability Office, 2009, Downloaded from, http://www.gao.gov/new.items/d09347.pdf.

54) Garfield, Rachel & Orgera, Kendal. The Coverage Gap: Uninsured Poor Adults in States that Do Not Expand Medicaid. Retrieved on January 03, 2022, https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/the-coverage-gap-uninsured-poor-adults-in-states-that-do-not-expand-medicaid/

55) Gonzalez, Miguel A. Repealing the Affordable Care Act will harm millions of students and families, Published: 03/08/2017, Retrieved on February 20, 2022, https://www.nea.org/about-nea/press/press-releases/nea-repealing-affordable-care-act-will-harm-millions-students-and

56) Gonzalez, Miguel A. Health Care Act amendment makes terrible bill even worse, Published: 04/17/2017, Retrieved on June 29, 2022, https://www.nea.org/about-nea/media-center/press-releases/nea-revised-american-health-care-act-amendment-makes-terrible

57) GUWS Medical; The Role of Interest Groups in Rulemaking; Last Updated on Sun, 06 Jun 2021 | Healt Policy, Retrieved on January 29, 2022, https://www.guwsmedical.info/health-policy/the-role-of-interest-groups-in-rulemaking.html

58) Hawell, Fiona Social Assisstance Theorical Background, Retrieved on January 17, 2022, https://bit.ly/37dzgsu

59) Health Markets. American Healthcare History: A Timeline on the Evolution of Coverage. Retrieved on January 23, 2022, from: https://www.healthmarkets.com/content/american-healthcare-history

60) Health People 2030, Addiction, data, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3Qgyw6w

61) Health People 2030, Addiction, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3wYkEH1

62) Health People 2030, Vaccination data, Retrieved on January 03, 2022, from: https://bit.ly/3TIT9er

63) Health People 2030, Vaccination, data, Retrieved on January 03, 2022, https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/vaccination
64) Healthcare Data.Center, Distribution of the National Health Expenditure, Retrieved on January 27, 2022, ,https://healthcaredata.center/government-regulation/distribution-of-the-national-health-expenditure/
65) Healthcare system: A look at the future: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press .
66) Healthy People 2030, Emergency Preparedness data, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3qf6cH8
67) Healthy People 2030, Child and Adolescent Development Data, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3Bf4UlH
68) Healthy People 2030, Child and Adolescent Development, Retrieved on January 03, 2022, https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/child-and-adolescent-development
69) Healthy People 2030, Drug and Alcohol Use, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3Ry0POG
70) Healthy People 2030, Emergency Preparedness, Retrieved on January 03 2022, https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/emergency-preparedness
71) Healthy People 2030, Emergency Preparedness, Retrieved on January 03, 2022, https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/preventive-care
72) Healthy People 2030, Family Planning Data, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3RBt5jE
73) Healthy People 2030, Family Planning, Retrieved on January 03, 2022, https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/family-planning
74) Healthy People 2030, Healthy Communication, Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3CYtSXH
75) Healthy People2030. Increase the proportion of adults who talk to friends or family about their health — HC/HIT-04 . Retrieved on January 03, 2022, https://bit.ly/3CZDyBs
76) Healthypeople.gov, Leading Health Indicators, Retrieved on December 13, 2021https://bit.ly/3E2BqFX
77) HHS, Indian_Health_Service Retrieved on February 23, 2022. https://en.wikipedia.org/wiki/Indian_Health_Service

78) HHS. GOV. Vaccines and Immunizations, Retrieved on February 23, 2022. https://www.hhs.gov/vaccines/about/index.html
79) HHS.GOV. Public Health. P H A, Retrieved on February 25, 2022, https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/special-topics/public-health/index.html
80) HHS.GOV. Summary of the HIPAA Security Rule. Retrieved on January, 28, 2022, https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/security/laws-regulations/index.html
81) HHS.govU.S, Department of Health & Human Services, HHS Agencies & Offices, Retrieved on January 14, 2022, https://www.hhs.gov/about/agencies/hhs-agencies-and-offices/index.html
82) HHS.govU.S, Department of Health & Human Services, Who is eligible for Medicaid?, Retrieved on January 14, 2022, https://www.hhs.gov/answers/medicare-and-medicaid/who-is-eligible-for-medicaid/index.html
83) HIV GOV, The Affordable Care Act and HIV/AIDS, Retrieved on 23rd January 2022, https://www.hiv.gov/federal-response/policies-issues/the-affordable-care-act-and-hiv-aids
84) Hokenstad M. C. and Midgley, James (Eds.). Lessons from Abroad: Adapting International Social Welfare Innovations, Retrieved June 07, 2022, https://bit.ly/3KQS8wO
85) House Committee on Appropriation. Retrieved on February 01, 2022, https://appropriations.house.gov/about
86) How Do Health Plans Pay Physicians?, Retrieved on January 03, 2022, http://www.geom.uiuc.edu/usenate/payreport/how.html
87) HRSA. Hill-Burton Free and Reduced-Cost Health Care. Retrieved on January 25, 2022, from: https://www.hrsa.gov/get-health-care/affordable/hill-burton/index.html
88) Hwang, Gyu-Jin. Development, Welfare Policy, and the Welfare State, Published online: 30 November 2017, Retrieved on April 22, 2022, https://bit.ly/3QiSjC8, https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190846626.013.145
89) iEduNote, Types of Bargaining Strategies in Negotiation and Conflict, Retrieved on May 05, 2022 , https://www.iedunote.com/types-bargaining-strategies
90) Inflation Reduction Act: An Analysis for Essential Hospitals, Affordable Care Act (ACA) climate Congress Medicare, Aug. 18, 2022 || Staff, Retrieved on Aug 22, 2022, https://essentialhospitals.org/policy/inflation-reduction-act-analysis-essential-hospitals/

91) Jessica C, .Smith, and Medalia, Carla. U.S. Census Bureau, Current Population Reports. P60-253, Health Insurance Coverage in the United States: 2014, U.S. Government Printing Office. Washington, DC: 2015.
92) Juha, Mikkonen and Dennis, Raphael. Social Determinants of Health THE CANADIAN FACTS/ Retrieved on February 19, 2022, https://thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf
93) Kaiser Family Foundation, An Overview of Medicare, Published: Feb 13, 2019, Retrieved on December 01, 2021, https://www.kff.org/medicare/issue-brief/an-overview-of-medicare
Kaiser Family Foundation. Retrieved on December 21, 2021. https://bit.ly/3eLqeGB .
94) Kaiser Family Foundation. Subsidy calculator, 2013, Retrieved on 07 January 2022, http://kff.org/interactive/subsidy-calculator/
95) Kathleen King, The fight continues over the Affordable Care Act, March 29th, 2019, Retrieved on April 15, 2022, https://www.childrensdefense.org/blog/the-fight-continues-over-the-affordable-care-act
96) Kemberley, Amadeo. THE BALANCE. President Richard M. Nixon's Economic Policies. Updated December 26. 2020 , Retrieved oLn January 25, 2022, from: https://www.thebalance.com/president-richard-m-nixon-s-economic-policies-3305562
97) Kent, Jessica Kent. GAO: 3 Largest Payers Hold 80% of Private Health Insurance Market. Retrieved on January 03, 2022, https://healthpayerintelligence.com/news/gao-3-largest-payers-hold-80-of-private-health-insurance-market
98) LAWS. Wagner Act. Published December 22, 2019. Retrieved on January 24, 2022, from: https://bit.ly/3HbioP1
99) Legislative Research Special Interest Section. Law Librarians’ Society, Washington, D.C., Inc. Sessions of Congress with Corresponding Debate Record Volume Numbers (1789-Current). Retrieved on December 21, 2021, https://bit.ly/3pevRQf
100) Libraies, 10.3 Changes and Problems in American Familie, Retrieved on January 08, 2022, https://open.lib.umn.edu/socialproblems/chapter/10-3-changes-and-problems-in-american-families/
101) Libraries, 13.4 Problems of Health Care in the United States, Retrieved on January 22, 2022, https://open.lib.umn.edu/socialproblems/chapter/13-4-problems-of-health-care-in-the-united-states/

102) Libraries, Organizational Behavior, Retrieved on March 5, 2022https://open.lib.umn.edu/organizationalbehavior/chapter/11-2-understanding-decision-making/

103) Libraries. 10.1 History of American Political Parties, Retrieved on February 21, 2022, https://open.lib.umn.edu/americangovernment/chapter/10-1-history-of-american-political-parties/

104) Libraries; 10.1 History of American Political Parties; Retrieved on January 29, 2022 ، https://open.lib.umn.edu/americangovernment/chapter/10-1-history-of-american-political-parties/

105) Linkedin, Jason Oliva on in HOME CARE, NEWS, TECHNOLOGY, 78 Million Consumers Will Use Home Health Tech by 2020, Retrieved on June 27, 2022, https://www.linkedin.com/pulse/78-million-consumers-use-home-health-tech-2020-bradley-needham

106) Macrotrends. U.S. Unemployment Rate 1991-2021. Retrieved on December 17, 2021. https://bit.ly/30Drq8m

107) Mahan D, State Medicaid expansion waivers, 2015, retrieved on November 2, 2021, http://familiesusa.org/product/state-medicaid-expansion-waivers.

108) Marissa Jordan, on January 17, 2020. The House Ways and Means Committee, Explained, RANTTMEDIA, Retrieved on January 14th 2022, https://rantt.com/house-ways-and-means-committee-explained

109) Medicaid State Plan Amendments, Retrieved on January 02, 2022, from the website, https://bit.ly/3eJD2Km

110) Medicaid, 76.3 Million of People covered, Retrieved on January 02, 2022, from the website: https://bit.ly/3qK2GUK

111) Medicare Advantage Plans, Retrieved on January02, 2022, from the website: Medicare Advantage Plans | Medicare . https://bit.ly/3sQQSTn

112) Medicare Law of 1965. Published: June 2, 2016, Downloaded on January 28, 2022, https://www.govinfo.gov/features/medicare-law

113) Medicare.com, Medicare Part D Prescription Drug Coverage, Last Updated, 04/16/2021, Retrieved on: January 02, 2022, https://medicare.com/medicare-part-d/part-d-prescription-drug-coverage/

114) Multiple Sclerosis Association of America. Changes Made by the ACA, Retrieved on January 14, 2022, https://healthinsuranceguide.mymsaa.org/affordable-care-act/changes/

115) National Archives. Presidential Years: (1945 - 1949). Retrieved on January 28, 2022, https://www.trumanlibrary.gov/education/trivia/presidential-years-1945-1949

116) Ndugga, Nambi & Artiga, Samantha. Disparities in Health and Health Care: 5 Key Questions and Answers. Published: May 11, 2021, Retrieved on January 2, 2022, https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/disparities-in-health-and-health-care-5-key-question-and-answers/

117) NLR, Elizabeth Wilson. FEMINISM WITHOUT ILLUSIONS?, Retrieved on April 25 ,2022. https://newleftreview.org/issues/i190/articles/elizabeth-wilson-feminism-without-illusions

118)Office of Adolescent Health, Retrieved on February 24, 2022. https://bit.ly/3kJ5tuW

119) Office of Art & Archives, United States Of Representatives, Parliamentarians of the House, Retrieved on June 25, 2022, https://history.house.gov/People/Office/Parliamentarians/

120) Office of Infectious Disease and HIV/AIDS Policy. Retrieved on February 24, 2022, https://bit.ly/3seRi4Y

121) Office of the United States Trade Representatives. Congressional Committees. Retrieved on April 14, 2022, https://ustr.gov/about-us/policy-offices/congressional-affairs/congressional-committees

122) OPA, Retrieved on February 24, 2022., https://en.wikipedia.org/wiki/Office_of_Population_Affairs

123) Open Edition Journal: Marcel Calvez, The Cultural Analysis of Mary Douglas: a Contribution to the Sociology of Institutions, Retrieved on April 23, 2022, https://journals.openedition.org/sociologies/522#quotation

124) ORI, The Office of Research Integrity (ORI). About ORI, Retrieved on February 24, 2022. https://ori.hhs.gov/about-ori

125) Overview Health Policy Making Process; Retrieved on January 15, 2022, http://eta.health.usf.edu/publichealth/PHC6102/presentations/week_05/PHC6102_Policy_Formulation_Legislative_Development_handout.pdf

126) Panico, Claudio. Bargaining Models, Retrieved on April 17, 2022, from: https://bit.ly/3jJkqNd

127)PCSFN. Retrieved on February 26, 2022. https://health.gov/news/tag/pcsfn

128) PESTLEANALYSIS CONTRIBUTOR, Political Factors Affecting Business; FEB 24, 2015, Retrieved on January 29, 2022, https://pestleanalysis.com/political-factors-affecting-business/

129) Quality of Care. How has the quality of the U.S. healthcare system changed over time?. Retrieved on February 3, 2022, from: https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/how-has-the-quality-of-the-u-s-healthcare-system-changed-over-time/

130) QuestionPro, Social Research – Definition, Types and Methods, Retrieved on May 25, 2022, https://www.questionpro.com/blog/social-research/
131) Raeburn, Alicia. Analyse SWOT : présentation et guide d'utilisation, exemples inclus, July 15, 2021, Retrieved on May 20, 2022, from : https://asana.com/fr/resources/swot-analysis
132) Reis, Kathryn & Kowalczyk,Devin. Psychology Content Analysis in Social Research, Retrieved on 09 June, 2022, https://study.com/learn/lesson/content-analysis.html
133) SAMHSA, Retrieved on February 24, 2022. https://www.samhsa.gov/about-us
134) Sandoval, Vicente. The origins of the word Risk (etymology), Retrieved on February 25, 2022, https://bit.ly/3TSgsCs
135) Social Determinants of Health (SDOH) | Essay. Published: Feb 11, 2020, Retrieved December 1, 2021 ، https://www.cdc.gov/socialdeterminants/index.htm
136) Social Security, Policy Making Process, Retrieved on May 30, 2022, https://socialsecurity.gov.mt/en/policy-making/
137) Spicker, Paul. Social Administration, An introduction to Social Policy, obtained on 17 April 2022, http://spicker.uk/social-policy/socadmin.htm
138) ST LOUIS FED. Economic data. Retrieved on January 27, 2022, https://fred.stlouisfed.org/series/MAPAINUSA672N.
139) Statista, Families in the United States - Statistics & Facts, Retrieved on January 089, 2022, https://www.statista.com/topics/1484/families/#dossierKeyfigures
140) Strategic HR, What Laws Apply When Businesses Reach 50 Employees?, Retrieved on January 16, 2022, https://bit.ly/3I8SRH8
141) Study. Com. Regulatory Agencies: Definition, Role & Impact on Business, Retrieved on 25th, 2022, from: https://study.com/academy/lesson/regulatory-agencies-definition-role-impact-on-business.html
142) Supriya, Beck's. Theory of Risk Society of Modernity: Definition and Specialty of Risk Society. Retrieved on April 23, 2022, From: https://www.yourarticlelibrary.com/sociology/becks-theory-of-risk-society-of-modernity-definition-and-speciality-of-risk-society/39843
143) The ABCs of HDHPs, PPOs, EPOs and HMOs. October 22, 2021 | Benefits 101 | By Nayya Marketing Team, Retrieved on January 14, 2022. https://nayya.com/blog/the-abcs-of-hdhps-ppos-and-hmos
144) The Administrative Partnership Model: ethining the approach to shared services in higher education, Retrieved on April 18, 2022; from :

https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/public-sector/us-administrative-partnership-models.pdf

145) THE FIRST AMENDMENT ENCYCLOPEDIA. Taft-Hartley Act of 1947 (1947). Retrieved on January 24, 2022, from: https://mtsu.edu/first-amendment/article/1050/taft-hartley-act-of-1947

146) The Formulation of Health Policy by the Three Branches of Government; Retrieved on January 10, 2022, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK231979/

147) The National Institutes of Health. Retrieved on February 22 , 2022, from: https://www.nih.gov/about-nih/who-we-are

148) THE SUPREME COURT AND THE 14TH AMENDMENT. Retrieved on February 21, 2022,

149) The Supreme Court and The 14th Amendment; Retrieved on January 29, 2022 ،

150) The white House, National COVID-19 Preparedness Plan, Retrieved on July 20, 2022, https://www.whitehouse.gov/covidplan/

151) Tyrocity.com, George Homanse Social Exchange Theory, Retrieved on April 20, 2022, https://tyrocity.com/sociology-notes/george-homans-social-exchange-theory-2jl0

152) U.S. Department of Health & Human Services. Health Insurance Portability and ccountability Act of 1996 (HIPAA) https://www.cdc.gov/phlp/publications/topic/hipaa.html

153) U.S. Department of Health & Human Services. Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005 Statute and Rule, content last reviewed June 16, 2017. Retrieved on January 14, 2022, https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/patient-safety/statute-and-rule/index.html

154) U.S. Department of Health and Human Services, National Center of Health Statistics, U.S, hus14.pdf. P 290. Retrevied on January 05, 2022, from: http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/

155) UN Women, Families in a Challenging World: Progress Of the world's women 2019–2020, Retrieved on April 28, 2022, https://www.unwomen.org/en/digital-library/progress-of-the-worlds-women

156) US Department of Health and Human Services, Healthy People 2030. Retrieved on December 13, 2021, https://bit.ly/3GBr1Ta

157) Weir, Kirsten. "Closing the health-wealth gap". American Psychological Association Vol 44 No. 9, (2013), Retrieved on December 01, 2021, from: http://www.apa.org/monitor/2013/10/health-wealth

158)WHO, Changing the global health architecture, Retrieved on July 27, 2022, https://www.who.int/director-general/speeches/detail/changing-the-global-health-architecture

159)Wikipedia, Affordable Care Act, Retrieved on 2nd November 2021, https://en.wikipedia.org/wiki/Affordable_Care_Act

160)Wikipedia, Social Interaction Theory, Retrieved on April 20, 2022, from: https://bit.ly/3KCc1re

161)Wikipedia. No Child Left Behind Act. Retrieved on December 01, 2021, https://bit.ly/3M53s8G

162)Yeates, Nicola. Globalization and Social Policy, SAGE Publications, Aug 21, 2001. Retrieved on April 17.2022, from: https://www.researchgate.net/publication/42794293_Globalization_and_Social_Policy

قائمة الجداول
والأشكال

الجداول والأشكال

أولا. قائمة الجداول:

ثانيا. قائمة الأشكال:

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات